

D. W. WINNICOTT



Natura umană

OPERE 3

D. W. WINNICOTT • Natura umană



Ideile lui Donald Winnicott sunt presărate în numeroase articole clinice și prezentări scurte, populare. El a făcut o singură încercare de a așterne pe hârtie o privire de ansamblu asupra ideilor sale, pe care cititorul o găsește în acest volum. A rămas neterminată, întreruptă fiind de moartea lui survenită în anul 1971. Este o muncă ambițioasă. Așa cum spune el însuși în introducere, „Sarcina acestei cărți este studiul naturii umane. În momentul începerii ei, sunt poate prea conștient de vastitatea unui asemenea proiect. Natura umană este aproape tot ce avem.

În pofida faptului că știu acest lucru, intenționez să respect titlul și intenționez să fac o descriere a naturii umane care să înglobeze diversele tipuri de experiențe ce mi-au aparținut: lucrurile pe care le-am învățat de la profesorii mei și din experiența mea clinică. În acest fel poate o să obțin o descriere personală, și deci bineînțeleasă limitată, a unei teme care nu are limite.”

Capitolele oferă perspectiva lui Winnicott asupra problemelor majore ale teoriei psihanalitice, ca de exemplu: complexul lui Oedip, sexualitatea infantilă, inconștientul, poziția depresivă, apărarea maniacală, obiectele tranziționale, agresiunea, psihosomatica.

Winnicott a făcut aici un efort sintetic de excepție, un efort considerat drept cel mai bun din cadrul opereii sale postume.

D.W. Winnicott este privit ca analistul britanic cel mai influent. Scrierile sale se numără printre cele mai impresiionante și concludente din întreaga literatură psihanalitică.

Peter Lomas îl numește în suplimentul literar al lui *Times* „cel mai influent psihanalist din perioada după Freud și Jung”.

Biblioteca de psihanaliză, 60

**Colecție coordonată de
Vasile Dem. Zamfirescu**

**This book was published
with the support of the
Culture 2000 programme
of the European Union.**

**Această carte a fost publicată
cu ajutorul programului
Cultura 2000 al Uniunii Europene.**

IMPRIMERIA



Calea Șorban Vodă 133, S.4, Cod 70517, BUCUREȘTI

Tel.: 021.334.29.10

Fax: 021.337.07.35

E-mail: comercial@artagrafica.ro

web site: www.artagrafica.ro

D.W. Winnicott

Opere 3

Natura umană

Traducere din engleză de

Cătălin Popescu

Postfață de

Ioana Lazăr



Editori:
MARIUS CHIVU
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Redactor:
DANIELA ȘTEFĂNESCU

Coperta colecției:
DINU DUMBRĂVICIAN

Tehnoredactarea computerizată:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
WINNICOTT, DONALD W.

Opere / D. W. Winnicott ; trad. din engleză de Claudia Alecu, Ioana Lazăr, Cătălin Popescu ; coord. și introd. de Cătălin Popescu. - București : Editura Trei, 2003 -.

3 vol.

ISBN 973-8291-19-4

Vol. 3 : Natura umană / trad. din engleză de Cătălin Popescu ; postf.: Ioana Lazăr. - 2004 - Bibliogr. - ISBN 973-707-003-8

I. Popescu, Cătălin (trad.)

II. Lazăr, Ioana (postf.)

616-053.2

159.964.2

Această carte a fost tradusă după:
HUMAN NATURE, de D.W. Winnicott,
Free Association Books, Londra, 1988

© The Winnicott Trust, 1988
by arrangement with Mark Paterson

© Editura Trei, 2004

C.P. 27-40, București
Tel./Fax: +4 01 224 55 26
e-mail: office@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 973-8291-19-4

ISBN 973-707-003-8

Cuprins

<i>Prefață</i>	
<i>Notă editorială</i>
<i>Mulțumiri</i>	

INTRODUCERE

Partea I Examinarea copilului uman: soma, psyche, minte

INTRODUCERE

CAPITOLUL 1	CONTINUUMUL PSYCHE-SOMA ȘI MINTEA
	Sănătatea somatică
	Sănătatea psihică
	Intellect și sănătate
2	SĂNĂTATEA IMPERFECTĂ
	Sănătatea imperfectă somatică
	Sănătatea imperfectă psihică
3	INTERRELAȚIILE DINTRE MALADIILE
	TRUPULUI ȘI TULBURĂRILE PSIHOLOGICE .
	Ereditatea
	Tulburările congenitale.....
	Deficite de aport
	Defecte de eliminare
	Accidente
	Categoria „Încă-necunoscutului”
	Alergiile

Partea a II-a Dezvoltarea emoțională a ființei umane

INTRODUCERE

CAPITOLUL 1	RELAȚII INTERPERSONALE
	Prima parte a descrierii
	Familia.....
	Pulsiunea
	Relațiile de iubire
2	CONCEPTUL DE „SĂNĂTATE” DIN
	PERSPECTIVA TEORIEI PULSIONALE
	Elaborarea imaginară a funcțiilor
	Psihicul.....
	Sufletul.....
	Stări excitate și liniștite.....
	Complexul Oedip
	O nouă descriere.....
	Sexualitatea infantilă.....
	Realitate și fantasmă
	Inconștientul.....
	Rezumat
	Harta psihologiei unui băiețel
	în termenii teoriei pulsionale
	Apărări împotriva
	anxietății – amenințării cu castrarea
	Căderea apărărilor

Partea a III-a Stabilirea statutului unitar

INTRODUCERE	DEZVOLTAREA EMOTIIONALĂ
	CARACTERISTICĂ PRUNCIEI

CAPITOLUL 1	POZIȚIA DEPRESIVĂ
	Îngrijorare, vinovăție și realitate
	psihică internă personală
	Poziția depresivă: recapitulare.....

Refularea reconsiderată.....
 Gestionarea obiectelor și forțelor rele
 Complexitatea și bogăția interioară.....

2 DEZVOLTAREA TEMEI LUMII INTERIOARE

Introducere
 Modul de viață paranoid
 Depresia și „poziția depresivă”
 Apărarea maniacală.....

3 DIFERITE TIPURI DE MATERIAL PSIHOTERAPEUTIC

4 ANXIETATEA IPOHONDRIACĂ

Partea a IV-a De la teoria pulsională la teoria eului

INTRODUCERE: DEZVOLTAREA EMOȚIONALĂ PRIMITIVĂ

CAPITOLUL 1 STABILIREA RELAȚIEI CU
 REALITATEA EXTERIOARĂ
 Relații excitate și liniștite.....
 Valoarea iluzie
 și stările tranzitionale
 Eșecul în contactul inițial
 Creativitatea primară.....
 Importanța mamei.....
 Bebelușul la naștere
 Filosofia „realului”

2 INTEGRAREA

3 INSTALAREA PSIHICULUI ÎN CORP
 Experiența corporală.....
 Paranoia și naivitatea.....

4 STĂRILE CELE MAI TIMPURII
 Diagrama
 aranjamentului mediu-individ
 Acțiunea gravitației.....

5	O STARE PRIMARĂ DE FIINȚARE: STADIILE PRE-PRIMITIVE
6	HAOS
7	FUNCȚIA INTELECTUALĂ
8	RETRAGERE ȘI REGRESIE
9	EXPERIENȚA NAȘTERII
10	MEDIUL
11	MALADIILE PSIHO-SOMATICE RECONSIDERATE Astmul..... Ulcerul gastric.....

Apendice

Postfață de Ioana Lazăr

Bibliografie

Prefață

de Clare Winnicott

In anul 1936, Donald Winnicott a fost invitat de către Susan Isaacs să țină câteva prelegeri despre creșterea și dezvoltarea umană pentru învățători cu experiență, în cadrul unui curs avansat la Universitatea din Londra. În anul 1954, când s-a început lucrul la această carte, el ținea și prelegeri în mod regulat pentru studenții Universității de Asistență Socială, încă din 1947. Aceste posibilități de a ține prelegeri într-un mod regulat, care au continuat până în momentul morții sale în 1971, erau foarte apreciate de către Winnicott, deoarece îi furnizau un stimulent constant pentru a-și clarifica propria înțelegere și a-și modifica ideile în lumina interacțiunii sale cu studenții și a propriilor experiențe. Se poate spune că activitatea lui universitară era o parte esențială a propriei lui dezvoltări și că îi era profund recunoscător lui Susan Isaacs, a cărei încredere în el a fost primul pas către participarea lui la această activitate.

Winnicott și-a dezvoltat un stil propriu special de a comunica materialul prelegerilor sale și, an după an, studenții renunțau să ia notițe și deveneau implicați, împreună cu el, în procesul real de creștere și dezvoltare. Cu alte cuvinte, învățau fără să fie învățați. Prelegerile lui puteau să fie libere și să pară nestructurate doar pentru că se bazau pe un nucleu central de cunoaștere integrată și pe un model formulat cu atenție al stadiilor dezvoltării umane pe care studenții puteau să-l

înțeleagă. Diagramele sale construite cu rapiditate pe tablă vor rămâne în memoria tuturor celor care au participat la prelegerile lui ca fiind o trăsătură esențială a modului său de comunicare.

Scopul original al acestei cărți a fost acela de a *furniza notițele pe care studenții nu puteau să le ia* și de a le face disponibile tuturor celor care studiau natura umană. Prima schiță a cărții a fost începută și terminată într-un interval relativ scurt de timp în vara anului 1954, dar de atunci și până în momentul morții sale a fost continuu reanalizată și revizuită.

Notă editorială

PLANUL CĂRȚII Winnicott a făcut două rezumate ale cărții lui despre natura umană. Primul datează din august 1954, anul în care cea mai mare parte din carte este scrisă, după cum știm de la Clare Winnicott, iar al doilea datează cam din 1967. Ambele sunt reproduse în cadrul unei anexe la sfârșitul volumului de față.

Se poate observa că materialul cărții urmărește relativ îndeaproape primele trei părți ale Rezumatului I, deși ordinea în care este scris devine oarecum diferită: de exemplu, secțiunea planificată despre „Studiul secvențelor” incluzând fantasma, realitatea internă și visul, ca și cea despre „Obiecte și fenomene tranziționale” nu s-au materializat în conformitate cu planul, cel mai probabil deoarece aceste subiecte fuseseră deja atinse în cadrul capitolelor anterioare. Se va observa de asemenea din Rezumatul I că planul inițial al lui Winnicott includea încă două părți cu capitole despre tendința antisocială și despre diversele stadii ale dezvoltării de la latență la maturitate, care de fapt nu au fost scrise niciodată, cu toate că există dovezi că urma să înceapă următoarea parte a cărții cu o lucrare intitulată „Cercetare asupra delincvenței” care fusese publicată în 1943 în ziarul *O nouă eră în cămine și școli*.

Se poate ca al doilea rezumat să fi fost intenționat ca ghid la revizia cărții. Se poate observa că sumarele părților I și III ale cărții în forma ei prezentă există în cadrul acestui rezumat aproape identice cu modul în care apar în carte, dar se prea poate ca Winnicott să fi

intenționat să reducă partea a II-a existentă (care se ocupă cu relația interpersonală și teoria instinctelor); iar dintre ultimele opt capitole ale părții a IV-a existente, doar cel despre „Mediu” este trecut.

TITLURILE

Titlurile diferitelor părți, capitole și secțiuni ce apar în volumul de față sunt aproape toate la fel cum au fost găsite în dactilogramă. În puținele locuri în care noi am adăugat un titlu de secțiune în vederea unei continuități, am consultat rezumatele.

TEXTUL

Acesta a fost lăsat așa cum a fost găsit. Corecturile făcute pe dactilogramă în scrisul lui Winnicott sau cel al lui Joyce Coles, secretara lui, au fost încorporate în text; iar în puținele locuri unde am adăugat un cuvânt sau o literă, acestea apar între paranteze drepte. Orice note de subsol sau părți de note de subsol pe care le-am adăugat apar, de asemenea, între paranteze drepte.

NOTE PENTRU REVIZIE

Câteva note în scrisul lui Winnicott au fost găsite împreună cu dactilograma, arătând unde și cum dorea să revizuiască anumite secțiuni ale cărții. Majoritatea se aflau pe bucățele separate de hârtie, indicând numărul paginii la care se refereau; numai ocazional asemenea note au fost găsite scrise pe marginea dactilogramei. Toate aceste note apar aici ca note de subsol la text în locul unde se intenționa revizia.

Cristopher Bollas
Madeleine Davis
Ray Shepherd

Mulțumiri

Suntem recunoscători de a fi putut folosi munca efectuată de Judith Issroff asupra detaliilor biografice și asupra indexului.

Introducere

Sarcina acestei cărți este studiul naturii umane.

La momentul începerii ei, sunt cât se poate de conștient de vastitatea unui asemenea proiect. Natura umană este aproape tot ce avem.

În pofida faptului că știu acest lucru, intenționez să respect titlul și intenționez să fac o descriere a naturii umane care să înglobeze diversele tipuri de experiențe ce mi-au aparținut: lucrurile pe care le-am învățat de la profesorii mei și din experiența mea clinică. În acest fel poate voi obține o descriere personală, și deci bineînțeles limitată, a unei teme care nu are limite.

Într-adevăr, este mult mai ușor, și mai uzual, ca un medic să scrie despre boală. Prin intermediul studiului bolilor ajungem la studiul multor lucruri care sunt importante pentru sănătate. Dar presupunerea medicului că sănătatea ar fi o relativă absență a bolilor nu este îndeajuns de bună. Cuvântul „sănătate” își are propriul înțeles într-un mod pozitiv, în așa fel încât absența bolilor nu este decât punctul de pornire pentru o viață sănătoasă.

O să presupun că cititorul meu este un student licențiat (aflat în cursul doctoratului sau al specializării) despre care putem fi siguri că a citit o anumită cantitate de psihologie de tip dinamic și că a avut experiențe personale, atât profesional cât și în viață.

Cititorul are dreptul să știe cum am devenit capabil să scriu despre psihologie. Viața mea profesională am petrecut-o în câmpul pediatriei. În timp ce colegii mei pediatri se specializau predominant în latura somatică, eu personal am virat treptat către specializarea în latura psihologică. Nu am părăsit niciodată pediatria generală, deoarece consider că psihiatria copilului face în esență parte din pediatrie. În vreme ce psihiatria adulților trebuie din nefericire să fie separată de practica medicală și chirurgicală, această separare nu ar trebui să se petreacă niciodată în ceea ce privește bebelușii și copiii.

Din cauza unor dificultăți personale, am intrat în psihanaliză într-un stadiu timpuriu al profesiei mele ca medic de copii. În curând am început să înțeleg că era loc pentru psihanaliza copiilor, atât ca metodă de terapie, cât și de cercetare. În 1927, am venit în contact cu felul în care Melanie Klein aplica metodele lui Freud în terapia copilului, și mai târziu am descoperit că Aichhorn, Anna Freud, Alice Balint și alții începuseră să aplice în diverse feluri psihanaliza la problemele copiilor, iar eu am avut șansa de a învăța de la Anna Freud, care a venit să se stabilească în Londra.

Am devenit student la Institutul de Psihanaliză, și după calificarea ca psihanalist, iar apoi ca analist de copii, am putut să întreprind analize de adulți și copii din aproape toate tipurile de cazuri și din cadrul oricărui grup de vârstă. Cu toate acestea, experiența unui analist, oricare ar fi acela, nu poate fi mai mult decât experiența unei singure persoane. Un analist poate să ducă până la sfârșit doar aproximativ șaptezeci de analize. Prin natura profesiei mele, am putut să ocolesc această dificultate a limitării experienței cazuistice, datorită faptului de a fi avut în îngrijire un mare număr de pacienți în practica mea ambulatorie și de a fi întreprins nenumărate psihoterapii scurte și probleme de gestionare.

În stadiile timpurii ale carierei mele am evitat cazurile antisociale extrem de laborios organizate, dar în timpul războiului am fost forțat să iau în considerare acest tip de tulburare în cadrul practicii pe care am fost privilegiat s-o desfășor cu copiii evacuați în Oxfordshire.

Aproximativ cam tot atunci am devenit treptat atras de tratamentul tipului mai psihotic de pacient adult și am descoperit că pot învăța multe lucruri despre psihologia copilăriei timpurii de la adulții profund regresați în cursul tratamentului psihanalitic căci nu puteam afla mare lucru despre ea nici prin observarea directă a bebelușilor, nici prin analiza copiilor, fie ei chiar de 2 ani și jumătate. Acest travaliu psihanalitic cu adulții de tip psihotic s-a dovedit extrem de laborios și mare consumator de timp și în nici un caz întotdeauna evident reușit. Într-un caz ce s-a sfârșit tragic, am sacrificat 2500 de ore din viața mea profesională, fără nici o speranță de remunerație. Totuși, acest tip de travaliu m-a învățat mai multe decât oricare altul.

Ceea ce a unit toate acestea a fost nevoia constantă de a oferi sfaturi părinților în cadrul consultațiilor, și această experiență de a oferi sfaturi este cea care mi s-a părut cea mai dificilă.

În ultimul rând vreau să menționez stimulul reprezentat de predare și conferințele radiodifuzate pe care le-am susținut.

Partea I

EXAMINAREA COPILULUI UMAN: *SOMA, PSYCHE*, MINTE

Introducere

Am ales să cercetez natura umană prin intermediul unui studiu asupra copilului. Cu toate că adulții sănătoși continuă să crească, să se dezvolte și să se schimbe chiar până în momentul morții, există un model care va persista, care poate fi deja distins în copil, așa cum și fața va rămâne recognoscibilă de-a lungul întregii vieți a individului.

Dar unde este de găsit copilul?

Corpul copilului aparține pediatriului.

Sufletul aparține preotului-profesor de religie.

Psihicul aparține psihologului dinamic.

Intelectul aparține psihologului.

Mintea aparține filosofului.

Psihiatria revendică tulburările mentale.

Ereditatea aparține geneticianului.

Ecologia își revendică un interes în mediul social.

Științele sociale studiază cadrul familial și relațiile lui atât cu societatea, cât și cu copilul.

Economia examinează forțele și tensiunile datorate diverselor nevoi conflictuale.

Legea intervine pentru a regla și a umaniza răzbunarea publică determinată de comportamentul antisocial.

În contrast cu multitudinea acestor diverse revendicări, organismul uman individual furnizează o unitate și o temă centrală, și trebuie ca noi să încercăm să unificăm într-o descriere complexă comentariile care ar putea fi făcute din multiple puncte de vedere.

Nu este nevoie să adoptăm o singură și unică metodă pentru descrierea ființelor umane. Este mai degrabă profitabil să ne familiarizăm cu uzul fiecărei metode cunoscute de abordare.

Dacă alegem abordarea evoluționistă a studiului naturii umane ca fiind cea care ar putea concentra diversele puncte de vedere, sper să clarific [cum], pornind inițial de la o fuziune primară a individului cu mediul, apare o urgență, individul formulând o revendicare, devenind capabil să existe într-o lume care este repudiată; apoi întărirea sinelui ca entitate, o continuitate a ființării, ca un loc unde, și de unde, [emerge] sinele ca unitate, ca ceva legat de trup și dependent de îngrijirea fizică; apoi conștientizarea incipientă (iar conștientizarea implică existența minții) a dependenței, și conștientizarea stabilității mamei și a iubirii ei care îi parvine copilului sub forma îngrijirilor fizice și a unei strânse adaptări la necesitățile lui; apoi acceptarea personală a funcțiilor și pulsionilor cu momentele lor culminante, a recunoașterii treptate a mamei ca fiind o ființă umană distinctă, și împreună cu aceste lucruri o schimbare de la neîndurare la îngrijorare; apoi o recunoaștere a părții terțe și a iubirii ce e complicată de ură și a conflictului emoțional; toate acestea fiind îmbogățite de elaborarea imaginară a fiecărei funcții și de creșterea psihicului alături de cea a trupului; de asemenea, specializarea capacității intelectuale, dependentă de calitatea înzestrării cerebrale; și, din nou, împreună cu toate acestea, dezvoltarea treptată a independenței față de factorii ce țin de mediul înconjurător, ducând în cele din urmă la socializare.

Ar fi posibil să începem cu începutul și să mergem treptat înainte, dar asta ar însemna să începem cu obscurul și necunoscutul și abia mai târziu să ajungem la lucrurile prea bine cunoscute. Acest studiu al dezvoltării va începe cu copilul de

4 ani și va acționa înapoi în timp, ajungând în cele din urmă la începuturile individului.

Haideți să spun câte ceva despre sănătatea fizică. Sănătatea trupului implică o funcționare fizică potrivită vârstei copilului și absența bolilor. Evaluarea și estimarea sănătății corporale este o sarcină pe care și-o asumă pediatrul, adică sănătatea corporală în măsura în care funcționarea corpului nu este afectată de emoții, de conflicte emoționale și de evitarea emoțiilor dureroase.

De la concepere până la pubertate există o creștere și dezvoltare a funcțiilor constante și continue și nimeni nu se gândește să judece dezvoltarea fizică a unui copil fără să o raporteze la vârsta acestuia.

Presupunând că a existat o îngrijire satisfăcătoare a copilului, se poate afirma că există o rată standard a dezvoltării. Se dezvoltă tot timpul noi tabele pentru estimări. Putem folosi datele colectate și ordonate, fiind totuși în același timp pregătiți să lăsăm loc și unor mari variații individuale în cadrul conceptului de sănătate.

Pediatria s-a bazat în principal pe studiul maladiilor somatice specifice copilăriei, sănătatea fiind înțeleasă ca o absență a bolii. Nu cu mult timp în urmă, rahitismul era frecvent, ca și multe alte boli datorate unei hrăniri inadecvate; pneumonia era o problemă constantă și ducea în mod frecvent la empiem, acum doar arareori întâlnit într-un spital londonez; sifilisul congenital era frecvent diagnosticat într-o clinică pediatrică și nu era ușor de tratat; infecțiile osoase acute trebuiau tratate prin operații chirurgicale drastice și o dureroasă îngrijire post-operatorie. Dar în decursul a treizeci de ani întregul tablou s-a schimbat.

În urmă cu o sută de ani lucrurile stăteau chiar mai rău, existând o confuzie aproape completă în ceea ce privea diagnosticul și etiologia, iar principala sarcină a vechii generații de pediatri era sortarea entităților nosologice. În acele vremuri nu era prea mult timp sau loc pentru conceptualizarea sănătății în sine și nici pentru studierea greutăților ce-l asediau pe

un copil sănătos fizic din cauza faptului de a crește într-o societate compusă din ființe umane.

În prezent, datorită avansului în domeniul diagnosticului și tratamentului maladiilor somatice, găsim medici care sunt complet pregătiți pentru a face față tulburărilor somatice, observând în același timp modul în care funcționarea somatică este afectată de lucruri precum anxietatea și de gestionarea parentală deficientă.¹

O nouă generație de studenți în medicină revendică o instruire în psihologie. Către cine să se îndrepte? Profesorii de pediatrie înșiși s-ar putea să nu înțeleagă deloc psihologia. În opinia mea, există un real pericol ca aspectele mai superficiale ale psihologiei copilului să fie supraaccentuate. Fie factorii externi, fie ereditatea sunt blamați pentru orice. Entitățile nosologice psihiatrice sunt colectate și descrise într-o manieră net delimitată, care este falsă; teste de evaluare a dezvoltării sau de personalitate sunt în mod nejustificat venerate; înfățișarea veselă a unui copil este prea ușor acceptată ca semn de dezvoltare emoțională sănătoasă.

Ce are psihanalistul de oferit? Nu oferă nici o soluție facilă, ci în schimb îl confruntă pe tânărul pediatru, deja având în jur de treizeci de ani și fiind un om căsătorit, cu familie, cu un nou subiect cel puțin la fel de vast ca și fiziologia. Mai mult decât atât, afirmă că pentru a atinge în domeniul psihiatriei pediatrie o poziție comparabilă cu înalta reputație din cadrul pediatriei somatice, pediatrul trebuie să treacă atât printr-o analiză personală, cât și printr-o formare specială.

Toate acestea sunt foarte grele, dar nu există și nu va exista niciodată nici o modalitate de a le ocoli. Pediatrul ezită în

¹ Aș dori să-l menționez pe Guthrie, autor al lucrării *Functional Nervous Disorders in Childhood* (1907), nu pentru că a atins culmi de excelență, ci pentru că a fost un pionier căruii îi datorez climatul deosebit de la Paddington Green Children's Hospital, care a făcut posibilă repartizarea mea acolo în 1923. După moartea tragică a lui Guthrie, a trebuit să continuu munca clinicii lui și nu am fost conștient în acel moment că am fost numit în colectivul consultant al spitalului datorită propriilor mele înclinații către psihologia aplicată în pediatrie.

fața unui asemenea risc și preferă să rămână la pediatria somatică, chiar dacă trebuie să se îndepărteze îndeajuns de mult de domeniul cunoscut pentru a găsi destule maladii somatice noi, pe care să le prevină și trateze. Dar va veni vremea când în țara noastră nu va mai fi necesară nici o extindere a pediatriei somatice și un număr din ce în ce mai mare de pediatri tineri vor fi forțați să intre în domeniul psihiatriei pediatrice. Îmi doresc să vină acea zi, și mi-am dorit acest lucru de-a lungul ultimilor treizeci de ani. Dar pericolul constă în faptul că latura dureroasă a noii dezvoltări va fi evitată și se va încerca să se descopere o cale care s-o ocolească; teoriile vor fi reformulate, sugerând că maladiile psihiatrice sunt un produs nu al conflictului emoțional ci al eredității, constituției sau pur și simplu al unei gestionări greșite. Dar realitatea este că însăși viața este dificilă, iar psihologia se ocupă cu problemele inerente ale dezvoltării individuale și ale procesului de socializare; mai mult decât atât, în domeniul psihologiei pediatrice trebuie să întâlnim conflictele prin care am trecut noi înșine, deși în cea mai mare parte deja le-am uitat sau nu am fost niciodată conștienți de ele.

Continuumul *psyche-soma* și mintea¹

O ființă umană este o ilustrare temporală a naturii umane. Întreaga persoană este somatică dacă este văzută dintr-un anumit unghi, psihologică dacă este văzută dintr-un altul. Există *soma* și există *psyche*. Există, de asemenea, o complexitate în continuă dezvoltare de interrelații între cele două și o organizare a acestor relații venind de la ceea noi numim „minte”. Funcționarea intelectuală, ca și psihicul, are drept suport somatic anumite părți din creier.

Ca observatori ai naturii umane, putem distinge trup, psihic și funcționare mentală.

Nu vom cădea în capcana întinsă de folosirea uzuală a termenilor „mental” și „somatic”. Acești termeni nu descriu fenomene opuse. Cele care sunt opuse sunt *soma* și *psyche*. Mentea aparține unui ordin deosebit prin el însuși și trebuie considerată ca fiind un caz special de funcționare a continuumului *psyche-soma*.²

Trebuie să menționăm faptul că putem să observăm natura umană în toate cele trei moduri indicate și să studiem cau-

¹ În original „The psyche-soma and the mind”; în continuare, în cea mai mare parte s-a tradus „soma” cu „corp”, „body” cu „trup” și „psyche” cu „psihic”. (N. t.)

² Vezi D.W. Winnicott: (1949) *Mind and its Relation to the Psyche-Soma*. [(Apărută în traducere românească în *De la pediatrie la psihiatrie*, Editura Trei, 2002). (N. t.)]

zele diviziunii interesului. Va fi interesant mai ales să cercetăm cele mai timpurii stadii ale dihotomiei *psyche-soma* în bebeluș și începuturile activității mentale.

SĂNĂTATEA SOMATICĂ

Sănătatea corporală implică o ereditate îndeajuns de bună și un mediu¹ îndeajuns de bun. Un trup sănătos funcționează la nivelul corect al vârstei. Accidentele și eșecurile mediului sunt gestionate în permanență, astfel încât în timp efectul lor negativ se va șterge. Dezvoltarea continuă o dată cu trecerea timpului și treptat bebelușul devine bărbat sau femeie, nici prea devreme, nici prea târziu. Vârsta mijlocie apare la timpul potrivit, cu noi schimbări corespunzătoare, și în cele din urmă bătrânețea limitează diversele funcții până în momentul în care urmează moartea naturală, ca o pecete finală a sănătății.

SĂNĂTATEA PSIHICĂ

Într-un mod similar, sănătatea psihică trebuie evaluată în termeni de creștere emoțională și este o chestiune de maturitate.

Ființa umană sănătoasă este matură din punct de vedere emoțional în conformitate cu vârsta momentană. Maturitatea implică treptat individul în responsabilitatea pentru mediul înconjurător.

După cum sănătatea somatică este o chestiune extrem de complexă dacă luăm în considerare întreaga fiziologie (de exemplu, biochimia tonusului muscular), la fel de complexă este și maturitatea emoțională. Scopul principal al acestei cărți este să indice treptat modalitățile în care s-a descoperit că dezvoltarea emoțională este complexă, și totuși analizabilă prin metode științifice.

¹ În original „nurture”, care poate fi tradus atât prin „creștere, îngrijire”, cât și prin „totalitatea factorilor de mediu cu care intră în contact copilul începând de la naștere, în contrast cu factorii ereditari”. (N. t.)

INTELECT ȘI SĂNĂTATE

Dezvoltarea intelectuală nu se poate compara cu dezvoltarea somatică și psihică. Nu există nici un înțeles al termenului „sănătate intelectuală”. Intelectul, ca și psihicul, depinde de funcționarea unui organ corporal particular, și anume creierul (sau a anumitor părți ale creierului). Fundamentul pentru intelect este deci calitatea creierului, dar intelectul nu poate fi descris decât în termeni de plus sau minus, în afara cazului în care creierul este deformat sau modificat din cauza unei boli somatice. Din punct de vedere al dezvoltării, intelectul însuși nu poate fi bolnav, deși poate fi exploatat de către un psihic bolnav. Psihicul, prin contrast, poate fi el însuși bolnav, adică modificat din pricina eșecurilor dezvoltării emoționale, în pofida unui suport cerebral sănătos pentru funcționarea sa. Partea din creier de care depinde capacitatea intelectuală este mult mai variabilă decât cea de care depinde psihicul, fiind de asemenea o mai nouă achiziție în evoluția rasei. Ereditatea și hazardul ne înzestrează cu un creier care se situează sub sau peste medie în ceea ce privește capacitatea de funcționare; sau hazardul, maladiile sau accidente (ca de exemplu leziunile suferite în timpul procesului nașterii) ne înzestrează cu un creier care este deficient sau afectat; sau un proces infecțios din timpul copilăriei (meningită, encefalită) sau o tumoră determină interferențe reziduale aleatorii cu funcțiile cerebrale; sau în cursul (așa-numitului) tratament al tulburărilor mintale, neurochirurgul disecă intenționat anumite porțiuni cerebrale pentru a deregla mecanismele de apărare puternic organizate împotriva neburiei, apărări care ele însele constituie o situație clinică dureroasă. În oricare dintre aceste moduri, intelectul este afectat sau procesele mentale sunt modificate, cu toate că trupul (spre deosebire de creier) poate rămâne sănătos. În toate cazurile totuși, sănătatea sau sănătatea imperfectă a psihicului trebuie evaluată. La una din extreme, un copil cu un coeficient de inteligență de 80 poate fi sănătos trupește, și poate de asemenea prezenta o dezvoltare emoțională sănătoasă, devenind într-adevăr o persoană interesantă și valoroasă, cu o personalitate

bună și o dispoziție stabilă, capabil chiar să fie un bun partener de căsătorie și părinte. La cealaltă extremă, un copil cu un intelect excepțional (I.Q. peste 140), deși posibil talentat și valoros, poate fi, dacă dezvoltarea emoțională este tulburată, extrem de bolnav, predispus la decompensare psihotică, instabil ca personalitate și, în cele din urmă, este foarte improbabil să devină un cetățean cu un cămin propriu.

În prezent este bine cunoscut că, în cazul copiilor relativ sănătoși, coeficientul de inteligență, calculat, așa cum se face de obicei, în concordanță exactă cu vârsta cronologică, rămâne mai mult sau mai puțin constant. Acesta este doar un alt fel de a spune că intelectul depinde în mod fundamental de înzestrarea țesutului cerebral. O descriere a situațiilor în care coeficientul de inteligență nu rămâne constant nu înseamnă decât enumerarea situațiilor în care apare o denaturare a folosirii intelectului, pe de o parte datorată tulburărilor din timpul dezvoltării emoționale, iar pe de altă parte maladiilor țesutului cerebral.

În orice grup de copii deficienți pot exista câțiva ale căror creiere ar fi putut avea abilități medii sau chiar superioare și pentru care diagnosticul corect este psihoza infantilă. Deficitul mintal este astfel un simptom al unei tulburări timpurii a creșterii emoționale. Acest tip de deficit nu este rar.

În contrast, clinicianul poate întâlni copii al căror intelect este anxios și suprasolicitat, iarăși din cauza tulburării emoționale (amenințarea reprezentată de confuzie), și al căror I.Q., care la testare este mare, scade atunci când, din pricina psihoterapiei sau unei gestionări reușite a mediului, frica de haos devine mai puțin iminentă.

Prin urmare, intelectul nu este asemănător trupului și psihicului. Este ceva diferit, și nu este posibil să spui despre intelect că sănătatea reprezintă maturitate și maturitatea reprezintă sănătate. De fapt, nu există nici o legătură directă între conceptele de sănătate și de intelect. La indivizii sănătoși, mintea lucrează la nivelul funcționării cerebrale deoarece dezvoltarea lor emoțională este satisfăcătoare.

Toate aceste lucruri vor necesita o examinare mai amănunțită.

Sănătatea imperfectă

Acum ar fi util să privim sănătatea imperfectă dintr-o perspectivă mai largă. Se pot descrie într-un mod relativ simplu maladiile și tulburările ce afectează atât *soma*, cât și *psyche*; interacțiunea dintre ele este complicată, dar se poate încerca o descriere bazată pe acceptarea dihotomiei.

SĂNĂTATEA IMPERFECTĂ SOMATICĂ

Ereditar	(dovezile apar după naștere, sau dovezi ulterioare înainte sau în momentul nașterii)			
Congenital	În timpul travaliului anomalii ce determină dificultăți la naștere La naștere accidente ale procesului nașterii			
Deficiențe de aport (Defecte ale eliminării)	Calorii, Substanțe minerale, Vitamine	Persecuție (eșecul mediului) ¹	Toate gradele inter- mediare	Auto- Induse

¹ În original „failure of nurture” — v. nota 1 de la p.25. (N. I.)

Accidental	Noroc	"	"
	Război		
Infestare			
Infecție	Noroc		
(Încă necunoscute)		Cancer	
		Anumite maladii, probabil infecții	
		(reumatism articular acut, coree etc.)	

Acestea acoperă domeniul sănătății imperfecte, cu excepția categoriei vaste a funcțiilor țesuturilor corporale afectate de diverse situații psihologice.

Poate este surprinzător că o atât de simplă descriere poate acoperi totalitatea sarcinilor pediatrului somatician, mai ales atât timp cât în practică acestea sunt laborioase, iar cunoștințele necesare sunt atât de vaste.

SĂNĂTATEA IMPERFECTĂ PSIHICĂ Nu există nici o descriere simplă a sănătății imperfecte psihice, cu excepția afirmației că, din punct de vedere clinic, este întotdeauna vorba despre o tulburare a dezvoltării emoționale, chiar și atunci când este cauzată în mod evident de factori de mediu adversi.¹

Sănătatea corporală (inclusiv cea a funcționării țesutului cerebral) considerându-se de la sine înțeleasă, sănătatea imperfectă psihică se poate clasifica în nevroză și psihoză. În cazul unei nevroze, dificultățile încep să apară în cadrul relațiilor interpersonale ce țin de viața de familie, copilul având în acel moment între 2 și 5 ani. În această perioadă cuprinsă între 2 și 5 ani, copilul poate să fie o persoană întreagă printre alte persoane întregi și este subiectul unor experiențe pulsionale puternice bazate pe iubirea între persoane. În cadrul nevrozei,

¹ *Notă pentru revizie:* Adaugă definiția sănătății în termeni de libertate în ceea ce privește rigiditatea apărărilor.

Îl/o plăci? Da = sănătate

Ești plictisit? Da = sănătate imperfectă

dezvoltarea emoțională a copilului (sau a adultului) din timpul celor mai timpurii stadii s-a desfășurat în limite normale.

Psihoza este numele dat stărilor de boală ce au început să se dezvolte mai de timpuriu, adică dinainte ca acel copil să devină o persoană întreagă aflată în relație cu alte persoane întregi.

Această clasificare rudimentară are o utilitate limitată și, imediat ce se efectuează o examinare mai amănunțită a stărilor psihotice clinice, apare nevoia unei metode mai delicate. Deocamdată trebuie doar să atragem atenția cât de important este să luăm în considerare sursa tulburărilor dezvoltării emoționale, încercând, de asemenea, să utilizăm termenii psihiatrici acceptați.

Astfel:

TIPUL	STAREA CLINICĂ	ORIGINEA
NEVROZE	Organizări defensive împotriva anxietății: fobii, isterie de conversie, nevroză obsesională etc.	Anxietatea ce apare ca urmare a vieții pulsionale din relațiile interumane.
PSIHOZE	Maniaco-depresivă Depresie Apărări contradepresive <i>Persecuție:</i> dinspre înăuntru Ipohondrie: dinspre în afară Apărare prin paranoia: retragere în lumea interioară	Îngrijorare cu privire la iubirea neîndurătoare. Reacție la pierderea obiectului. Îngrijorare cu privire la rezultatele agresiunii.
SCHIZO- FRENIE	Apărare prin clivare prin dezintegrare prin pierderea simțului reali- tății prin pierderea contactului	Eșecul adaptării active a mamei în stadiile timpurii.

O descriere aproximativă de acest fel îi oferă unui student un punct de pornire pentru studiul bolilor psihice în termenii psihiatriei pentru adulți. Este mai logic totuși să se abordeze psihiatria pentru adulți din perspectiva unui studiu intim al psihiatriei pediatrice.

Vom descoperi că, în pofida bunelor noastre intenții, vom avea nevoie să facem o nouă clasificare, iar în cele din urmă tot nu vom fi mulțumiți.¹

Din punct de vedere clinic, nici măcar copiii bolnavi nu sunt tot timpul anxioși sau nebuni. În mod obișnuit, suntem confrunțați cu apărări organizate cu succes împotriva anxietății, iar în punerea unui diagnostic suntem preocupați de tipul apărărilor sau de succesul ori eșecul lor. De asemenea, este important să cunoaștem tipul anxietății care constituie o amenințare; de exemplu, apărările pot fi împotriva fricii de pierdere a penisului sau de pierdere a unei funcții importante asociate cu o pulsune; la fel, apărările pot fi împotriva depresiei, adică împotriva unei disperări ținând de sentimentele de vinovăție care fie sunt ele însele inconștiente, fie sunt în legătură cu chestiuni inconștiente; și, de asemenea, apărările pot fi împotriva fricii de pierdere a contactului cu realitatea externă sau împotriva fricii de dezintegrare haotică.

Toate acestea vor necesita o examinare mai amănunțită, dar ideea este că există într-adevăr o anumită justificare pentru clasificarea aproximativă a tulburărilor emoționale minore ale copiilor în funcție de tipul de boală pe care ar fi predispuși să-l dezvolte dacă, în condiții de stres, s-ar întâmpla să cedeze și să se îmbolnăvească cu adevărat. O asemenea clasificare îmi permite să efectuez o examinare preliminară a interacțiunii dintre maladiile somatice și cele psihiatrice, după care mă voi reîntoarce la studiul detaliat al creșterii emoționale. Pentru moment, trebuie să omit eșecurile me-

¹ *Notă pentru revizie:* Schițează o reîntoarcere la o clasificare într-o nouă formă: de ex. dependență + familie și aportul social; a te adapta/a nu te adapta.

diului în cadrul diverselor stadii, un subiect care va necesita și el un studiu amănunțit în această lucrare. De asemenea, tipul antisocial de simptomatologie nu poate fi inclus în acest punct al lucrării.

Interrelațiile dintre maladiile trupului și tulburările psihologice

EFFECTUL TRUPULUI ȘI AL SĂNĂTĂȚII SALE ASUPRA PSIHICULUI

EREDITATEA

In ceea ce privește ereditatea, nu există prea mult loc pentru confuzie. După cât se pare, ereditatea este somatică, chiar și atunci când rezultatul este psihologic (de exemplu, o tendință către un temperament depresiv sau isteric transmis de la părinte copilului). Baza pentru *psyche* este reprezentată de *soma*, iar în cursul evoluției *soma* a apărut primul. Psihicul debutează ca o elaborare imaginară a funcționării somatice, având drept cea mai importantă sarcină corelarea experiențelor trecute, a potențialităților, a conștientizării momentului prezent și a așteptărilor de viitor. Astfel sinele începe să existe. Psihicul nu are, bineînțeles, nici o existență în afara creierului și a funcționării cerebrale.

Moștenirea trăsăturilor de personalitate și a tendințelor către diverse tulburări și tipuri psihiatrice ține de somatic, iar această moștenire pune limite psihoterapiei. Aceste limite sunt relativ neimportante în tratamentul tulburărilor nevrotice, mai importante în tratamentul tulburărilor psihotice și cel mai important în psihanaliza oamenilor sănătoși, adică a celor care

se află (prin definiție) cel mai aproape de a fi ceea ce ar trebui să fie, conform înzestrării lor native.

Trebuie menționat că anumite tendințe moștenite patologice se manifestă clinic tardiv, astfel încât, deși sunt moștenite, nu sunt congenitale.

TULBURĂRILE CONGENTALE	Ereditatea se ocupă cu factorii care au existat înainte de concepție. Tulburările congenitale sunt acele tulburări care sunt evidente până la sfârșitul procesului nașterii.
---------------------------	--

Termenul „congenital” se referă la două seturi de tulburări, în primul rând la acele boli și dizabilități ce există dinaintea datei nașterii, din perioada intrauterină, și la acelea care prezintă sechele ale însuși procesului de naștere.

Pediatrul va judeca în termenii deficitelor de creștere (de exemplu, defectul mintal datorat rubeolei materne în a doua lună de sarcină), ai deformărilor ortopedice (de exemplu, luxația de șold), ai infecțiilor transmise de mamă (de exemplu, sifilisul înaintea nașterii și gonoreea în timpul nașterii), ai incompatibilității sanguine între mamă și bebeluș, ai injuriilor meningelui sau chiar ale creierului datorate unor întârzieri ale nașterii (pelvisul matern îngust, asfixia excesivă în timpului travaliului prelungit) și așa mai departe. *Pediatrul* are aici un domeniu larg pentru a-și desfășura munca sa foarte specializată și nu ne putem aștepta să se preocupe de experiența nașterii (psihologică) a bebelușilor fără malformații și sănătoși care nu sunt nici asfixiați, nici șocați în sens somatic.

În ultimii ani, aproape atingându-și țelul principal de a face nașterea o experiență sigură din punct de vedere fizic, *ginecologul* a devenit interesat în psihologia nașterii. Psihologia mamei este cel mai studiată totuși, și ceea ce se predă în prezent aproape că poate fi rezumat în cuvintele: eliberare de frică. Aceasta s-ar putea realiza printr-o instruire corectă, care ar face posibilă o stare de relaxare la mamă. Încrederea personală într-un anumit doctor sau într-o anumită asistentă rămâne principalul suport al mamei, deși acest lucru nu este întotdeauna menționat. Nu ne putem aștepta nici de la ginecolog, nici

de la asistenta de ginecologie să manifeste interes în psihologia bebelușului în preajma momentului nașterii lui. Nici mama însăși nu se află într-o poziție potrivită pentru a deveni un pionier în acest domeniu chiar în clipa nașterii copilului ei. Însă ea știe că psihologia copilului său trebuie luată în considerare. Când oare va găsi ea înțelegere? Psihologul este cel care trebuie să intervină până când pediatriul și ginecologul vor ajunge la studiul psihologiei infantile.

O dată cu dezvoltarea creierului ca organ funcțional începe stocarea experiențelor și amintiri corporale personale încep să se asocieze pentru a forma o nouă ființă umană. Există multe dovezi conform cărora mișcările corporale din viața intra-uterină au semnificație și probabil, într-un mod indirect la fel și nemișcarea din viața din uter.

Cândva în preajma nașterii se petrece „marea deșteptare”, astfel încât noi putem observa o diferență între un copil născut prematur și unul născut postmatur. Primul nu este încă pregătit pentru viață, iar celălalt este predispus să se nască într-o stare de frustrare, dat fiind că fusese pregătit și a fost făcut să aștepte.

Totuși, în mare, psihologia bebelușului nu afectează tulburările grupate sub denumirea de „congenitale”. Pe de altă parte, evenimentele nașterii afectează în măsură foarte mare psihologia copilului. Acest domeniu trebuie studiat, după ce cititorul va fi fost familiarizat cu ființa umană care se află chiar la începutul vieții.

Imediat ce bebelușul s-a născut, efectul psihologiei infantile asupra sănătății corporale devine instantaneu evident.

DEFICITE DE APORT

Instituirea actului hrănirii nu este deloc doar o chestiune de reflexe. Este bine cunoscut că starea emoțională a mamei afec-

tează capacitatea copilului de a apuca sânul și, de asemenea, este adevărat că bebelușii variază de la ușor de hrănit la dificil de hrănit, chiar de la început. Vor fi multe de spus despre psihologia inițierii actului hrănirii și a continuării lui. Asta nu reprezintă în nici un caz o deturnare de la latura somatică a

actului hrănirii, care este în continuare studiată în detaliu în cadrul pediatriei. Mai ales pentru studiul acestui subiect sunt necesare cooperarea și înțelegerea dintre cei care cunosc multe despre latura somatică (implicând fiziologia, anatomia, neurologia, biochimia) și cei care încep să cunoască câte ceva despre latura psihologică. Ca un exemplu care ar putea fi instructiv pentru psihologul nespecializat în medicină, aș cita tulburarea destul de rară, cunoscută drept „esofag scurt”. Această deformare somatică determină dificultăți în hrănire și mai ales o tendință la vărsături. Postura afectează simptomatologia. În decursul timpului există tendința ca tulburarea să se îndrepte de la sine, așa încât oricare au fost măsurile luate la momentul respectiv, se consideră că acestea au funcționat. Ele pot lua forma unor sfaturi cu privire la gestionare sau chiar forma unei psihoterapii a mamei. Cei ce studiază psihologia infantilă nu-și pot permite să ignore tulburările somatice și istoricul lor natural, dar, din fericire, nici nu trebuie să fie atât de competenți încât să-și asume total responsabilitatea pentru latura somatică, ce ar trebui împărțită între cele două tipuri de specialiști.

În cadrul tulburărilor de hrănire la copiii mai mari, locul psihologiei devine din ce în ce mai evident. Bebelușii sunt în mod normal capricioși, iar faptul că un bebeluș acceptă orice fel de hrană, decent oferită, s-ar putea datora unei boli a bebelușului. Vom examina ulterior motivele. La cealaltă extremă, un bebeluș de orice vârstă, ca și un copil mai mare, ar putea deveni atât de activ inhibat față de hrănire, încât rezultatul să fie fatal. Iar între capriciul sănătos și inhibiția patologică se înscriu toate stadiile intermediare.

Există toate tipurile de amestec între somatic și psihologic. Un exemplu familiar este cel al copilului cu despicătură labio-palatină congenitală, incapabil să se bucure în mod obișnuit de actul hrănirii și supus în mod necesar la repetate operații și separări de mamă. Dezvoltarea emoțională a acestui bebeluș va fi afectată, dar nu neapărat până la limita handicapului, deoarece doctorii și asistentele pot cu ușurință să înțeleagă motivele stresului bebelușului, acest lucru determinându-i să ia măsuri pentru a contracara perturbarea mediului în

care se află bebelușul. Când motivele stresului bebelușului sunt în general recunoscute, doctorii și asistentele vor putea să facă multe pentru prevenirea bolilor psihologice de tipul celor care debutează în pruncie, fără a fi nevoie să recurgă la cunoștințe specializate de psihologie.

DEFECTE DE ELIMINARE

Aici nu este prea dificil să delimităm somaticul de psihologic. Cu excepția rarelor cazuri în care aparatul excretor este deformat sau bolnav, o funcție eliminatorie tulburată este în mod clar o chestiune de conflict emoțional manifestându-se în termeni corporali.

ACCIDENTE

În vreme ce la un capăt al scalei se află acțiunea purului hazard, la celălalt se află predispoziția la accidente, condiție ce ține de clasa depresiilor din clasificarea tulburărilor psihiatrice. În mod similar, printre cei abuzați, există întotdeauna câțiva care simt nevoia de a fi persecutați, iar această nevoie de persecuție, ce reprezintă baza bolii psihiatrice numită paranoia, poate debuta surprinzător de devreme în pruncie, de fapt aproape imediat după naștere.

Se poate spune despre infecții că unele depind în întregime de circumstanțele fizice, de exemplu pojarul; un copil care nu a avut pojar îl poate lua de la cineva care se află în perioada de incubație a bolii. Pe de altă parte, anumite infecții sunt influențate de starea emoțională. De exemplu, evoluția ftiziei poate fi strâns legată de evoluția fazelor depresive, deși tipul osteo-articular al tuberculozei nu este astfel influențat. Se poate spune că, mai ales în vremurile de dinaintea antibioticelor, pneumonia reprezenta un test al voinței de a trăi și deci recuperarea depindea într-o foarte mare măsură de îngrijirea primită. Cu mult timp în urmă, surorile medicale obțineau o satisfacție imensă din succesul lor în îngrijirea pacienților cu pneumonie, deoarece știau că adeseori salvau vieți datorită propriului devotament. Asistentele de astăzi pierd mult dato-

rită realității vindecării pneumoniei prin metode relativ mecanice.

CATEGORIA Aproape toate maladiile somatice se pot
„ÎNCĂ-NECUNOSCUTULUI” încadra în aceste câteva categorii. Este totuși necesar să le reamintim cititorilor fără cunoștințe medicale că există maladii ale trupului care sunt într-adevăr somatice și a căror cauză nu este încă înțeleasă. Un exemplu îl reprezintă „creșterea nouă”¹. De asemenea, corea și reumatismul articular acut², care se întâlnesc frecvent, au cauze necunoscute.

Aceasta nu înseamnă că o maladie va fi considerată de natură psihologică doar pentru că nu este încă clară cauza ei fizică, iar acest lucru este adevărat chiar dacă reumatismul articular acut și mai ales corea pot uneori să urmeze unui șoc emoțional sau unui stres acut.

ALERGIILE Mai dificil de plasat este seria tulburărilor denumite generic „alergii”³. Cei entuziasmați de alergii, sau hipersensibilitatea țesuturilor la diverși agenți (cum ar fi polenul în febra fânului), susțin că pot explica un mare grup de simptome despre care mulți alți observatori ar presupune că sunt în principal psihologice. Unul dintre exemple este astmul. Astmul reprezintă o tulburare a funcționării corporale care teoretic poate fi cauzată de o sensibilitate pur somatică a musculaturii netede bronșice la substanța inhalată. Dar un atac de astm poate fi de natură pur psihologică, după cum va fi de acord toată lumea care are un copil cu astm sub observație directă — de felul celei

¹ Termen general pentru cancer, adică pentru carcinom, sarcom și probabil limfadenom și leucemie.

² În prezent se cunoaște cauza reumatismului articular acut, care număra printre simptomele majore și corea. (N. t.)

³ În acest subcapitol, autorul folosește termenul de „alergie” cu o conotație ironică, referindu-se la întrebuițarea lui de către cei care sunt încredințați de cauzele pur organice ale sindromului. (N. t.)

care se întâlnește în cazul psihoterapiei zilnice regulate (ca, de exemplu, în psihanaliză). Astmul reprezintă un bun exemplu de tulburare de graniță, și este la fel de necesar să i se reamintească investigatorului psihologic că există o predispoziție fizică și că există o relație între astm și eczemele infantile, cum este să i se reamintească doctorului somatician că boala este de natură psihologică.

Alergia se dovedește a fi o mare abatere de la principiile de bază, iar utilitatea termenului este vizibilă în principal în domeniul descrierii stărilor clinice. Cercetarea în domeniul alergiei, care părea să creeze o promițătoare linie de atac împotriva tulburărilor psihosomatice, a dus mai degrabă către psihologie decât către fiziologie și biochimie. Nu trebuie uitat faptul că astmul poate fi considerat producător de tulburări psihiatrice, dincolo de problema propriei sale cauzalități în fiecare caz în parte, de vreme ce este imposibil ca un copil sau un adult să sufere de astm (oricare ar fi cauza sa) fără să devină adaptat în mod specific acestuia.

EFFECTUL PSIHICULUI ASUPRA TRUPULUI ȘI A FUNCȚIONĂRII ACESTUIA

O dezvoltare emoțională sănătoasă furnizează copilului înțelegerea importanței sănătății corporale, după cum și sănăta-tea corporală furnizează o reasigurare copilului, care este foarte valoroasă în cadrul dezvoltării emoționale.

Eforturile și tensiunile dezvoltării emoționale normale, precum și anumite stări anormale ale psihicului au efecte adverse asupra corpului.

Libertatea pulsionilor promovează sănătatea corporală, iar de aici reiese că în cadrul unei dezvoltări normale ce implică creșterea controlului asupra pulsionilor, există multe momente în care corpul trebuie sacrificat, libertatea pulsionilor fiind în mod normal redusă în procesul de socializare a copilului. Principiul care trebuie reamintit este că, atunci când un conflict din cadrul psihicului este relativ conștient, se poate face

față pulsionilor prin autocontrol; se pot face compromisuri între cererile pulsionilor și cele ale realității externe sau ale societății, sau ale conștiinței, compromisuri care să prejudicieze cât se poate de puțin. Pe de altă parte, atunci când conflictul între impulsuri și idealul Eului se află în inconștientul refulat, inhibițiile, anxietățile și compulsiile rezultate sunt mai oarbe, mai puțin capabile de adaptare la circumstanțe și mai vătămătoare pentru corp și pentru procesele și funcțiile corporale.

Trupul unui copil este capabil să suporte multe tensiuni, dar exact aceste tensiuni continuate până în viața adultă pot conduce până la urmă la stări somatice ireversibile, cum ar fi hipertensiunea benignă, ulcerația mucoasei unei anumite porțiuni a tractului digestiv, hiperactivitatea tiroidiană etc.

Ultimele stadii ale acestor schimbări corporale ireversibile ce au fost declanșate de conflictul intrapsihic trebuie tratate de medicul internist, chirurg sau endocrinolog, și acest lucru este adevărat *chiar și atunci când* se efectuează cu succes o psihoterapie la o dată atât de târzie. O psihoterapie efectuată cu succes mai devreme ar fi eliminat necesitatea ajutorului medicului internist sau chirurg.

Domeniul psihosomatic

Specialitatea în cadrul căreia ar trebui să căutăm elucidarea problemelor psihosomaticii este mai degrabă pediatria decât medicina internă. Copiii oferă cel mai bun material pentru studiul modificărilor ţesuturilor şi funcţionării trupului ce sunt asociate sau secundare unor fenomene psihologice.

Medicina psihosomatică a devenit o ramură a cercetării şi practicii medicale, una ce este din nefericire separată de toate celelalte trei care se află în strânsă legătură cu ea: psihiatria, medicina generală şi psihanaliza. Motivele acestui lucru sunt asemănătoare celor care au dus la folosirea termenilor „*mental*” şi „*fizic*” ca şi cum ar descrie fenomene opuse. Natura umană nu este o chestiune de minte şi trup — este o chestiune de *psyche* şi *soma* interrelaţionate, cu mintea ca o inflorescenţă la limita funcţionării psihosomatice.

Tulburările continuumului *psyche-soma* reprezintă modificări ale trupului sau ale funcţionării trupului asociate cu stări psihice. Aceste modificări sunt cel mai bine studiate în cadrul pediatriei clinice, nu numai deoarece condiţiile sunt mai simple la copii, ci şi pentru că stările psihice ale adulţilor nu pot fi înţelese în lipsa unei referiri la copilăria subiecţilor investigaţi.

Baza psihosomaticii este reprezentată de anatomia vie, care se numeşte fiziologie. Ţesuturile sunt vii şi sunt parte dintr-un

organism întreg și sunt afectate de diversele stări psihice ale acelui organism.

Primele complicații ce trebuie studiate sunt reprezentate de acele modificări fiziologice ce țin de activitate și odihnă; apoi modificările ținând de excitații locale și generale, ultimele dintre ele fiind caracterizate de trei faze: de pregătire, punct culminant și recuperare. În cadrul studiului excitații generale, țesuturile nu pot fi studiate în afara relației lor cu întregul psihic. O dată ce psihicul în totalitatea lui a fost acceptat, fiziologia se ocupă și cu modificările specifice dorinței și furiei, și de asemenea iubirii afectuoase, fricii, anxietății, suferinței și altor afecte ce sunt fațete ale fantasmelor elaborate, fantasme care sunt specifice unui individ.

În cadrul acestui întreg travaliu, cel ce studiază continuu-mul *psyche-soma* este preocupat de fantasmele conștiente și inconștiente care reprezintă, ca să spunem așa, histologia psihicului, elaborarea imaginară a întregii funcționări somatice ce este specifică unui individ. Dacă două persoane mișcă un deget, pentru anatomist și fiziologist există o similitudine esențială între cele două evenimente. Însă pentru cel ce studiază continuumul *psyche-soma*, la anatomia și fiziologia acțiunii trebuie adăugat înțelesul acțiunii pentru individ și, datorită acestui lucru, în fiecare caz mișcatul din deget este specific individului ce mișcă din deget.

Prin urmare, există un punct de la care fiziologia alunecă încet înspre psihosomatică, ce include fiziologia modificărilor somatice asociate cu eforturile și tensiunile psihicului. În primul rând, există controlul inherent procesului de socializare, iar apoi există controlul și inhibițiile patologice și asociate cu refuzarea și conflictele inconștiente din cadrul psihicului.

În cele din urmă, în cadrul psihosomaticii nu putem asuma o legătură strânsă între *psyche* și *soma*; psihosomatica trebuie să ia în considerare stările frecvente, cât și importante în care relația dintre *psyche* și *soma* este slăbită sau pierdută.

Un studiu detaliat al pediatriei psihosomatice nu se va putea realiza decât după expunerea completă a dezvoltării emoționale a individului uman.

Se va observa că, pentru a înțelege aceste tulburări care formează într-adevăr un grup clinic real, deși foarte larg, trebuie atinse toate tipurile și gradele de tulburare psihologică și trebuie incluse conflictele interioare inerente în viață, inerente în gestionarea pulsionilor și în compromisul personal cu impulsurile ce țin de socializarea treptată a fiecărui individ uman.

În cazul indivizilor sănătoși, există două curente principale în pediatria psihosomatică: sănătatea somatică — efectul său asupra funcționării și dezvoltării psihicului; sănătatea psihică — efectul său asupra dezvoltării și funcționării somatice.

În cazul sănătății imperfecte există, de asemenea, două curente: sănătatea imperfectă somatică — efectul său asupra dezvoltării psihicului; sănătatea imperfectă psihică — efectul său asupra dezvoltării somatice.

Înțelegerea acestor lucruri provine din studiul dezvoltării persoanei sănătoase din punct de vedere fizic, deoarece doar presupunând *absența maladiilor somatice* poate fi efectuat un studiu atât de complex. Dacă se presupune absența bolilor principale ale trupului, atunci se poate examina întrețeserea treptată a corpului și psihicului unei persoane și se pot formula anumite principii fundamentale.

S-a observat că dezvoltarea emoțională este în mod normal dureroasă și punctată de conflict: trupul trebuie să sufere din cauza acestor lucruri, cu toate că nu există nici o boală care să fie în principal somatică.¹ Astfel, studiul tulburărilor psihosomatice trebuie să se facă prin intermediul psihologiei și al observării efectelor problemelor psihice asupra părții somatice a individului. Trebuie ca lucrurile să se petreacă în acest fel. Medicilor nu le place acest lucru. Lor le-ar plăcea să poată aplica cunoștințele lor despre bolile trupului în mod direct în cazul tulburărilor psihosomatice. Dar acest lucru nu se poate. Calea naturală este studiul tulburărilor psihosomatice la copilul (sau

¹ *Notă pentru revizie:* asigură-te de punctul de vedere: tulburarea psihosomatică cu sensul ei pozitiv de contracarare a fugii în

intelect
stări de
depersonalizare.

adultul) care nu are nici o boală somatică sau limitare fizică. Doar mai târziu, după ce principiile au fost înțelese, poate apărea înțelegerea bolilor trupului și a efectului lor asupra psihicului. Se poate observa că medicina somatică este un teritoriu cu granițe ce sunt menținute în mod artificial pentru a limita obligațiile medicului. Medicina somatică alunecă în mod natural înspre psihosomatică.

Partea psihică a unei persoane se ocupă cu relațiile, relațiile dinăuntru psihicului însuși, relațiile cu trupul, cu lumea externă. Născându-se din ceea ce ar putea fi numit elaborarea imaginară a funcțiilor de tot felul ale trupului și acumularea amintirilor, psihicul (în mod specific dependent de funcționarea creierului) leagă trecutul trăit, prezentul și viitorul așteptat la un loc, dă sens sentimentului de sine al persoanei și justifică percepția noastră a unui individ care există în acel trup.

Pshicul, dezvoltându-se astfel, devine ceva ce are o poziție pornind de la care poate întreține relații cu realitatea externă, devine ceva ce posedă capacitatea de a crea și de a percepe realitatea externă, devine o ființă îmbogățită din punct de vedere calitativ, capabilă să fie mai mult decât ceea ce poate fi explicat prin intermediul influențelor mediului, și capabilă nu numai să se adapteze, dar și să refuze să se adapteze, și devine o creatură înzestrată cu ceea ce pare a fi capacitatea de alegere.

Nimic din toate acestea nu apare automat ca fenomen de creștere. Există, într-adevăr, un element inerent de creștere, dar dependența timpurie de un mediu adaptabil este atât de mare, încât acest factor de creștere devine depășit. În ceea ce privește dezvoltarea trupului, factorul de creștere este mai clar; în contrast, în dezvoltarea psihicului există oricând posibilitatea eșecului și, într-adevăr, nu poate exista creștere fără distorsiuni datorate într-o anumită măsură eșecului adaptării la mediu.

Dezvoltarea psihosomatică este o achiziție treptată și își are propria viteză, iar dacă termenului de „maturitate” îi este permisă o referință la vârstă, atunci maturitatea este sănătate și sănătatea este maturitate. Întregul proces al dezvoltării trebuie

parcurs până la capăt, fiecare pauză sau salt în dezvoltare reprezintă o distorsiune, iar o grabă aici sau o întârziere acolo — fiecare dintre ele lasă o cicatrice.

Mai mult decât atât, nu este nimic de câștigat din disputa asupra momentului în care debutează pediatria psihosomatică sau natura umană însăși. Singurul moment sigur este cel al concepției. Data nașterii este evident de avut în vedere, dar multe lucruri s-au petrecut dinainte, mai ales în cazul bebelușului postmatur, iar la naștere există deja o individualitate care este atât de evidentă, încât în cazul gemenilor identici, asistentele cu experiență sunt imediat conștiente de similaritatea excepțională. La sfârșitul a două săptămâni, oricărui copil i s-au întâmplat o mulțime de lucruri care sunt în întregime personale. La vârsta la care o adopție devine relativ ușor de aranjat, fiecare copil a fost atât de marcat de experiențe reale, încât părinții adoptivi au o problemă de gestionare care este în mod esențial diferită de cea pe care ar fi avut-o dacă bebelușul ar fi fost al lor și s-ar fi aflat în grija lor de la început.

Partea a II-a

DEZVOLTAREA EMOȚIONALĂ A FIINȚEI UMANE

Introducere

Examinarea preliminară a domeniului pediatriei psihosomatice nu a făcut decât să arate necesitatea înțelegerii dezvoltării emoționale a individului. Pe latura somatică, pediatriul bazează totul pe anatomie și fiziologie, iar pe latura psihică trebuie să existe o disciplină echivalentă. Nu psihologia academică furnizează răspunsul. Singurul răspuns este reprezentat de psihologia dinamică sau, cu alte cuvinte, de psihanaliză.

Acum va fi necesar să examinăm dezvoltarea continuumului *psyche-soma* care, dacă mintea funcționează, devine treptat o persoană individuală conștientă de sine, o persoană nu numai aflată în relație cu mediul înconjurător, ci care în cele din urmă ia parte la menținerea și re-crearea acestui mediu. Vom presupune absența bolilor în principal somatice, până într-un moment apropiat de final, când vom considera că includerea acestei complicații suplimentare este potrivită.

Vom presupune, de asemenea, existența unui țesut cerebral mediu înzestrat, de vreme ce deficitul mintal și idioția sunt defecte somatice cu trăsături psihologice secundare. În mod deliberat, pentru moment, mintea nu este luată în considerare, decât în măsura în care reprezintă ceea ce eu am numit o inflorescență la limita continuumului *psyche-soma*.

Ar fi logic să descriu ființa umană aflată în dezvoltare începând cu momentul concepției, trecând treptat prin viața in-

trauterină, naștere, stadiile primitive și mai puțin primitive ale creșterii emoționale, trecând în revistă copilul între 3 și 5 ani, copilul în perioada de latență și adolescentul, și ajungând în cele din urmă la adultul matur care este gata să-și asume un loc în lume, și care îmbătrânește și astfel moare.

Însă am ales să încep cu perioada primei maturități, cu copilul preșcolar din perioada târzie în care relațiile interpersonale au ajuns să aibă înțeles deplin, și am ales așa deoarece pot să consider ca fiind de la sine înțeles ca cititorul să fie oarecum familiarizat cu opera lui Freud, ce urmărește originea bolii nevrotice a adulților până la conflictele ce iau naștere în individ în timpul acestei perioade.

De la o descriere a psihologiei dinamice a copilăriei timpurii, o voi lua în direcție inversă, intrând din ce în ce mai adânc în necunoscutul celor mai timpurii momente în care termenul „ființă umană” poate fi aplicat fătului din uter. Apoi va fi posibil să înaintez și să examinez trăsăturile speciale ale perioadei de latență și ale adolescenței.

Prezentarea mea a psihologiei dinamice va fi deci restructurată în următorul mod:

- (a) Relațiile interpersonale și complicațiile respective.
- (b) Atingerea unității personale și capacitatea de îngrijorare.
- (c) Sarcinile primitive ale
 - (1) Integrării sinelui.
 - (2) Unui *modus vivendi* psihosomatic.
 - (3) Contactului cu realitatea prin intermediul iluziei.

Cititorul este rugat să-și amintească, în timp ce citește una dintre părțile descrierii mele, că celelalte părți sunt în mod deliberat excluse, dar nu uitate. Limbajul potrivit pentru o parte este nepotrivit pentru celelalte.

Este o procedură foarte artificială această disecare și separare a stadiilor dezvoltării. În realitate, copilul uman se află tot timpul în toate stadiile, chiar dacă se poate spune că predomină unul dintre ele. Sarcinile primitive nu sunt niciodată complet rezolvate și, de-a lungul întregii copilării, incomple-

titudinea lor prezintă o provocare părintelui și educatorului, deși inițial ele aparțin domeniului îngrijirii bebelușului. În mod similar, greutățile ce se ivesc în psihic la trecerea de la neîndurare la îngrijorare și când apare capacitatea de a unifica trecutul, prezentul și viitorul de asemenea îi interesează într-o măsură mare pe părinții și educatorii copiilor de toate vârstele, deși inițial ele sunt de domeniul celor care îngrijesc bebelușul care este pe punctul de a deveni gata de a fi „înțărcat”, de a fi capabil să facă față unei pierderi fără să piardă în întregime ceea ce este (doar într-un sens) pierdut.

În mod destul de curios, aceste probleme ale debutului timpuriu sunt cele care îl interesează în măsura cea mai mare pe cititorul unei cărți de psihologie, mai degrabă decât subiectul primei mele secțiuni. Problemele ulterioare ale unui copil mai matur, care a atins complicațiile și bogățiile relațiilor interpersonale, sunt prin chiar natura lor mai mult o chestiune de îngrijorare particulară pentru fiecare copil și sunt din ce în ce mai puțin (pe măsură ce copilul crește) parte a dependenței lui. Este înnebunitor, și nu este util deloc, să i se spună unui părinte sau unui educator (deși în mod foarte corect) că un anumit simptom al copilului este o chestiune de refulare, că motivul tulburării nevrotice este unul care inerent rezidă în inconștient și că singurul lucru care poate fi făcut este să-i ofere copilului o psihoterapie (care, în orice caz, nu este probabil disponibilă sau este prea scumpă).

Ceea ce îi face pe părinți și profesori să fie iritați de adevărurile formulate în termenii complexului oedipian nu este doar o „rezistență”. Aceste realități (ce țin în principal de prima secțiune a descrierii mele) tind să-i facă pe oameni să se simtă neajutorați. Ce pot ei să facă? Prin comparație, nevoile unui copil rămase din pruncie îi confruntă pe părinți și pe profesori cu probleme pe care le pot trata chiar ei, punând accent pe unul sau pe altul dintre aspectele obișnuite ale îngrijirii și educării unui copil.

Cu toate acestea, vom admite că o înțelegere a proceselor ce se desfășoară înăuntrul unui copil de 4 ani poate fi utilă chiar și atunci când nici o acțiune din partea adultului respon-

sabil pentru copil nu poate trata un simptom manifest. Înțelegerea copilului uman este deficitară dacă se limitează la granițele sarcinilor și nevoilor infantile. Cu siguranță este important pentru un copil aflat în focurile complexului Oedip să fie înțeles, chiar dacă o asemenea înțelegere duce mai degrabă la simpatie decât la o acțiune utilă.

Relații interpersonale

PRIMA PARTE A DESCRIERII

Prima parte a acestui studiu de psihologie umană, aceea care se ocupă cu relațiile interpersonale, derivă direct din travaliul bine cunoscut al ultimilor cincizeci de ani, ce a avut drept fundament tratamentul nevrozelor. Ideile sunt aproape în întregime derivate de la Freud sau de la aceia ce i-au aplicat metoda pe care el a numit-o psihanaliză. Tot ce am de spus a fost deja afirmat în cadrul vastei literaturi acum accesibile; cu toate acestea, nu pot să evit să fac o expunere folosind propriul meu limbaj, astfel încât cititorul să poată avea întreg subiectul trecut în revistă de o singură persoană.

Aceasta este partea teoriei psihanalitice ce începe să fie considerată ca fiind de la sine-înțeleasă de către toți analiștii; aceasta este ceea ce le permite analiștilor de opinii larg divergente asupra dezvoltărilor moderne ale teoriei și practicii să se simtă uniți în mod fundamental, astfel încât Institutul de Psihanaliză, format așa cum este din toți psihanalisții, să poată pregăti și efectua o schemă de formare și să poată oferi o calificare de a practica în această țară. Există această bază a teoriei ce poate fi predată studenților înainte să le fie introduse chestiuni care sunt în mod mai clar probleme de cercetare.

Aproape toate aspectele relațiilor între persoane întregi au fost atinse de însuși Freud și de fapt în prezent este foarte di-

ficil să se mai aducă contribuții la acest subiect, cu excepția unor noi descrieri a ceea ce este deja acceptat. Freud a făcut treaba neplăcută pentru noi, arătând realitatea și forța inconștientului, ajungând până la durerea, angoasa, conflictul care în mod invariabil stau la rădăcina formării de simptom, evidențiind de asemenea, chiar cu aroganță dacă era necesar, importanța pulsionii și semnificația sexualității infantile. Orice teorie ce neagă sau nu ia în considerare aceste chestiuni nu este de nici un ajutor.

Ideea copilului aflat în dezvoltare domină — și pe drept cuvânt — predarea psihologiei infantile, ideea dezvoltării emoționale îngemănate cu creșterea corporală. Datorită acestui fapt, nu este niciodată profitabil să se studieze o *stare de fapt* în domeniul psihologiei; ca și în domeniul istoriei, starea de fapt din oricare moment are un trecut și un viitor ce țin de ea. Aceasta este o observație de importanță fundamentală și, urmând acest principiu, psihanalistii s-au eliberat din cătușele psihologiei academice și ale psihiatriei de spital de boli mintale și de medicină generală.

Descrierea actuală a psihologiei copilului mic consideră ca fiind de la sine înțeleasă dezvoltarea sănătoasă anterior momentului în care se poate spune: acest copil este acum o ființă umană întreagă, aflată în relație cu ființe umane întregi. Știm că este oarecum artificial să considerăm atât de multe lucruri ca fiind de la sine înțelese. Știm, de asemenea, că nu există nici un moment delimitat în timp la care să se aplice brusc o asemenea descriere. Orice stadiu în dezvoltare este atins și pierdut și atins și pierdut de foarte multe ori; achiziția unui anumit stadiu în dezvoltare doar treptat devine realitate, și doar în anumite condiții. Aceste condiții devin treptat tot mai puțin importante, dar nu vor deveni probabil niciodată neglijabile. Dar este necesar să se lucreze cu această presupunere a succesului anterior în dezvoltare. Complexitatea trebuie să ia naștere din simplitate.

Pretenția că un copil sănătos poate fi complet înțeles pe baza studiului nevrozei și a originii acesteia în copilărie ar fi absurdă. Dar pretenția conform căreia o bună modalitate de a

studia copilul sănătos, *presupunând existența unei dezvoltări infantile sănătoase*, ar fi prin intermediul înțelegerii formării de simptom de tip nevrotic, nu ar mai fi atât de absurdă. Motivul este acela că apărările organizate din nevroză arată calea către anxietatea care nu numai că stă la baza simptomului nevrotic, ci, de asemenea, conferă forță și calitate manifestărilor sănătății.

În cadrul analizei adulților, originea simptomelor nevrotice poate fi în mod regulat urmărită până în momentul eforturilor și tensiunilor din perioada premergătoare latenței, atunci când adultul era un copil între 2 și 5 ani. Ne îndreptăm atenția, așadar, asupra copilului de această vârstă, pentru a avea o primă imagine despre ceea ce se petrece în cursul dezvoltării emoționale.

Un argument în termeni de extreme teoretice poate fi folosit împotriva acestei metode de abordare. La una dintre extreme se află o pruncie perfectă, care reprezintă baza pentru o copilărie perfectă, fără nici o tulburare nevrotică. La cealaltă extremă se află o pruncie denaturată, denaturarea făcând imposibilă creșterea normală sau sănătoasă în toate stadiile ulterioare. Se poate pune întrebarea: atunci unde se află copilul care construiește apărări de calitate nevrotică? Între extreme, și în mod frecvent, găsim copii mici relativ sănătoși având o oarecare predispoziție către boala nevrotică ce poate fi ținută în șah printr-o gestionare potrivită și, de asemenea, copii mici cu o predispoziție destul de puternică spre boala nevrotică și care cu siguranță nu vor scăpa fără vreo formare de simptom dar care, cu toate acestea, vor trece drept sănătoși. Aceștia din urmă sunt cu deosebire dependenți de un mediu emoțional continuu stabil. Ar trebui adăugat că între aceștia din urmă și copiii din categoria etichetată „psihotic” se află acei copii care prezintă o boală în mod înșelător de tip nevrotic dar care, sub tratament, dezvoltă o tulburare atât de fundamentală a dezvoltării emoționale infantile, încât termenul „psihoză” este treptat găsit a fi mai potrivit.

1. Pruncia perfectă	– face ca tulburarea nevrotică în acest stadiu să fie improbabilă
2. Pruncia imperfectă	– oferă o bază pentru anxietate nevrotică
3. Dezvoltare timpurie denaturată	– face ca tulburarea nevrotică să fie probabilă
4. Dezvoltare timpurie denaturată	– suprapunere nevrotică de calitate psihotică ce este dezvăluită în cursul psihoterapiei sau în perioade de „cădere nervoasă”
5. Dezvoltare timpurie denaturată	– oferă insuficientă sănătate în acest stadiu pentru dezvoltarea unei boli de calitate nevrotică, adică psihoza infantilă este deja realitate

Se va înțelege că factorii ereditari joacă un rol în toată această clasificare și tulbură și deformează orice lucru bun care s-ar fi putut strecura.

Bebelușul relativ sănătos (matur în conformitate cu vârsta) trece în stadiul ființării ca persoană întreagă care este conștientă atât de sine, cât și de alte persoane. În viața de zi cu zi a unui astfel de copil, există o cantitate enormă ce acum trebuie ignorată deoarece aparține persistenței prunciei (din oricare stadiu și, în același timp, toate stadiile) și deci nu se află în discuție.

FAMILIA

Atingerea de către copil a unui stadiu al dezvoltării în care el poate fi complet conștient de existența a trei persoane în același timp, cea proprie și altele două, este pregătită în cadrul celor mai multe culturi prin asigurarea cadrului familial. În familie, copilul poate să treacă pas cu pas de la relația între trei corpuri la relații de toate gradele de complexitate. În acest simplu triunghi se regăsesc dificultățile și toată bogăția experien-

ței umane. În cadrul familial, cei doi părinți pot asigura și continuitatea în timp, poate chiar continuitatea de la concepția copilului până la sfârșitul dependenței, ce caracterizează sfârșitul adolescenței.

PULSIUNEA

Cheia unei copilării timpurii sănătoase (cu rezervele care au fost exprimate cu privire la reziduurile infantile importante) este reprezentată de PULSIUNE. Din acest motiv, este necesar un studiu amănunțit al pulsioniilor și al dezvoltării lor.

„Pulsione” este termenul dat puternicelor tendințe biologice care apar și dispar în viața bebelușului sau copilului și care cer acțiune. Activarea pulsioniilor îl face pe copil, ca pe orice alt animal, să se pregătească pentru satisfacerea pulsioniilor dezlănțuite atunci când acestea vor atinge în cele din urmă un apogeu al cererii. Dacă se poate furniza satisfacție la apogeul cererii, atunci va urma o recompensă de plăcere și, de asemenea, o eliberare temporară de pulsione. Satisfacția incompletă sau prost sincronizată duce la eliberare incompletă, disconfort și la absența atât de necesarei perioade de odihnă dintre valurile de cerere.

În această descriere, nu există o mare diferență în funcție de tipul cererii pulsionale și nici o mare diferență între ființele umane și animale. Nu este necesar aici să intrăm într-o discuție despre clasificarea pulsioniilor, nu este necesar nici măcar să decidem dacă există doar o pulsione sau dacă sunt două sau poate o mulțime de pulsioni. Toate acestea sunt irelevante.

La bebelușul și copilul uman există o ELABORARE IMAGINARĂ a tuturor funcțiilor corporale (considerându-se dat un creier funcțional), iar acest lucru este mult mai adevărat pentru copii decât pentru cele mai interesante animale, așa încât nu este *niciodată* sigur să extrapolezi un argument din psihologia animală în cea umană. Din acest motiv, dacă nu este foarte atent aplicată considerațiilor despre problemele umane, psihologia animală conduce de fapt pe căi greșite.

În ceea ce privește excitația pulsională este esențial să ținem seamă de funcția corporală cel mai puternic implicată. Partea excitată poate fi gura, anusul, tractul urinar, pielea, o parte sau alta a organelor genitale feminine, membrana mucoasă nazală, aparatul respirator, sau musculatura în general, sau zonele inghinale sau subsuorile care se gădila atât de ușor.

Excitația poate fi locală sau generală, iar despre excitația generală se poate spune atât că contribuie la sentimentul copilului de a fi o ființă întreagă, cât și că depinde de achiziția integrării în cursul dezvoltării.

Un anumit tip de punct culminant poate fi atins aproape oriunde, dar el e atins mai ales în anumite părți.

S-a descoperit că anumite organizări ale excitației sunt dominante, iar elaborarea imaginară a tuturor excitațiilor tinde să se petreacă în termenii tipului dominant de pulsiune. Este destul de evident că, pentru un bebeluș, aparatul de ingestie este dominant, iar *erotismul oral* colorat de idei de tip oral este în general acceptat drept caracteristic pentru primul stadiu al dezvoltării pulsiunilor.

(Trebuie reamintit că toate celelalte lucruri care ar putea fi spuse despre bebeluși nu sunt spuse în acest stadiu în urma unei decizii deliberate, în scopul clarității prezentării.)

Există o progresie a tipului pulsional de-a lungul primei copilării, culminând cu dominanța excitării genitale erotice și cu fantasmele care caracterizează copilul între 3 și 5 ani care s-a dezvoltat complet la toate nivelurile infantile. Între primul stadiu, sau cel oral, și ultimul, sau cel genital, există experimentarea variabilă a celorlalte funcții și dezvoltarea de fantasme potrivite. Funcțiile anală sau uretrală, împreună cu fantasmele potrivite, pot domina în mod tranzițional sau pot ajunge să domine în mod permanent, astfel predeterminând un tip caracterial.

Există o progresie a dominanței pulsionale în ordinea funcțiilor implicate și, de asemenea, în funcție de fantasme:

Pregenital

Falic

Genital

În primul rând există bebelușul care posedă tot felul de excitații, și probabil și excitație genitală localizată, dar încă neînsoțită de fantasme de calitate genitală. În acest stadiu, masculinul și femininul nu sunt neapărat diferite.

În al doilea rând, există un stadiu intermediar în care organele genitale masculine, cu erecția și sensibilizarea lor periodică, reprezintă tema centrală. În acest stadiu, starea feminină este o chestiune negativă, iar existența acestui stadiu marchează despărțirea drumurilor între bebelușul-băiat și bebelușul-fată.

În al treilea rând, există stadiul genital, în care fantasmele s-au îmbogățit până la a include tot ceea ce la adolescență re-apare ca acțiune masculină sau feminină (penetrare, a fi penetrat; impregnare, a fi impregnat; etc.).

La un moment dat, s-a crezut că această idee a progresiei de la pregenital la falic și genital ar putea fi aplicată (și) stadiilor timpurii, astfel încât stadiul pregenital la rândul lui a fost divizat:

{	pregenital	oral	oral erotic (a suge)
			oral sadic (a mușca)
		anal	anal erotic (defecare)
			anal sadic (control)
		cu	
{		uretral erotic sau sadic	
		ca alternativă variabilă	

S-a încercat chiar o și mai amănunțită divizare a stadiilor (Abraham). Ar fi cu siguranță lipsit de înțelepciune să dăm la o parte cu totul această muncă în domeniul teoriei vieții pulsionale infantile. Cu toate acestea, este necesar acum să iau în considerare esența lucrărilor recente asupra acestei părți a teoriei, în pofida faptului că, pentru moment, exclud în mod deliberat alte moduri de prezentare.

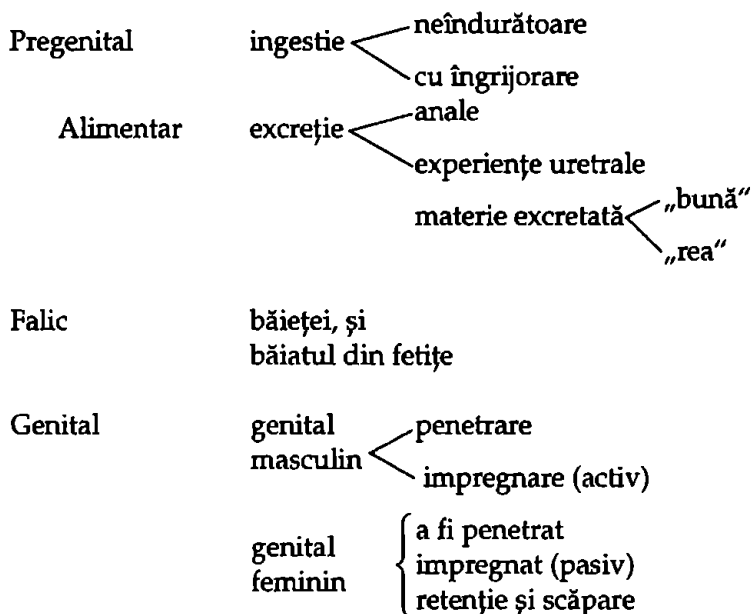
Obiecțiile se prezintă după cum urmează:

- (1) Afirmația că fantezmele activității orale sunt la început erotice (adică fără sadism sau preambivalente) și apoi sadice, distructive și, ca să spunem așa, ambivalente, nu este deloc sigură. Este mai indicat să spui că bebelușul este cel care se schimbă, începând ca fiind neîndurător, iar apoi devenind îngrijorat. Ambivalența are legătură mai degrabă cu schimbările din cadrul Eului bebelușului decât cu dezvoltarea Se-ului (sau a pulsionilor).
- (2) Stadiul anal este extrem de variabil și deci poate primi cu greu un statut echivalent cu acela al stadiilor oral sau genital. De exemplu, pentru un bebeluș, experiența anală este una erotică, asociată cu defecarea în momentul excitant; pentru un alt bebeluș, în experiența receptivă anală există erotism oral deplasat, probabil prin intermediul manipularii anale; pentru un altul, elementul principal este reprezentat de control, fie datorită procesului de învățare cu olița, fie datorită durerii anale (o fisură), fie datorită privațiunilor (pierderea locului potrivit pentru defecare).
- (3) Experiențele anale, ca și cele uretrale, sunt dominate de ideea excretării de materii; iar aceste materii au o preistorie; au fost înăuntrul și au fost la origini un produs secundar al experienței orale. Deci experiența anală (și uretrală) reprezintă mult mai mult decât un stadiu al creșterii Se-ului, mai ales în măsura în care nu poate fi clasificat și determinat din punct de vedere temporal cu exactitate. Cu toate acestea, este destul de adevărat că în cadrul clasificării creșterii Se-ului etichetată ca „pregenitală”, calitatea orală precedă diversele calități anale (și uretrale).

Erotismul de la nivelul pielii nu poate fi încadrat în această schemă, de vreme ce este parțial o răspândire a experiențelor orale, anale și uretrale, iar supra-accentuarea pielii implică un stres negativ la nivelul Eului, fapt ce nu se află în discuție în această parte a expunerii mele.

Cititorul trebuie să-și formeze o opinie personală în privința acestor chestiuni, după ce învață cât mai mult din ceea ce se predă într-o manieră „istorică”, pentru că acesta este singurul mod în care teoria unei anumite perioade devine inteligibilă și interesantă.

Eu personal prefer următoarea schemă folositoare, care totuși nu rămâne la obiect, dat fiind că merge dincolo de creșterea Seului până la dezvoltarea Eului.



Se va observa că partea feminină din natura umană solicită stadiul pregenital într-un mod în care partea masculină nu trebuie s-o facă în fazele experienței genitale mature.

Există ceva inerent nesatisfăcător în această încercare de a clasifica pulsuniile pregenitale. Acest lucru se datorează faptului că încercăm să privim pruncia prin prisma stadiului dintre 3 și 5 ani, și nu să privim bebelușul. Dar pentru moment facem acest lucru intenționat. Încercăm să ne menținem în limitele sarcinii de a examina copilul între 3 și 5 ani care a depășit pruncia într-un mod sănătos și care acum este preocu-

pat cu experiențe pulsionale de tip genital, notând că tipul genital de pulsiune se dezvoltă din pregenital și că manifestă urme ale moștenirii sale în cadrul unei dezvoltări sănătoase și deformări legate de această moștenire în cadrul sănătății imperfecte.

În privința elaborării imaginare a funcțiilor genitale, continuarea importanței stadiului pregenital se manifestă de la sine; cu toate acestea probabil este posibil să oferim o distincție netă între fantezmele experiențelor falice și respectiv genitale la băiat (și în ceea ce privește băiatul din fete). În prima fază, realitatea erecției este ceea ce este important, ideea fiind că aici există ceva important și a cărui pierdere ar fi teribilă. Ereția și sensibilizarea apar fie în relație directă cu o persoană iubită în mod activ, fie o dată cu ideile de rivalitate, persoana iubită fiind în fundal. În al doilea stadiu falic există un țel mai evident de penetrare și impregnare, iar aici este probabil ca o persoană reală să fie obiectul iubirii. În ce măsură această persoană este văzută obiectiv este o altă chestiune care va trebui discutată mai târziu.

Se va observa că, în cadrul fazei falice, manifestarea (ostentativă a) copilului este în linia fantezmelor, în timp ce în cadrul fazei genitale, manifestarea copilului este deficitară, iar copilul trebuie să aștepte (până la pubertate, după cum știm) capacitatea de a transpune visele în fapte. Aceasta este o deosebire importantă, de vreme ce implică faptul că, în faza genitală, Eul copilului este capabil să facă față unei imense cantități de frustrare. Frica de castrare de către tatăl rival devine binevenită ca alternativă la agonia impotenței.

Se va vedea îndată că faza genitală adună în ea multe din faza pregenitală și, de asemenea, multe altele care nu pot fi descrise în termenii adoptați în mod deliberat pentru moment. Dar aici realitatea importantă este cea a erecției apărând ca parte a unei relații și având asociate cu ea idei de producere de schimbări ireversibile în corpul persoanei iubite.

Această dezvoltare a ideilor unui copil mic despre vagin este foarte afectată de către modelele culturale. Ideea unui băiețel despre vagin este conferită de către propriile dorințe ora-

le (și anale) și, de asemenea, de către ceva corespunzând exact senzațiilor și nevoilor vaginale, pentru care o dorință corespunzătoare pare să existe la băieți, deși deschizătura propriu-zisă este absentă.

În cazul fetițelor, există o tendință mai puternică spre pre-genital decât în cazul băieților, în timp ce faza genitală completă și sarcina și capacitatea de alăptare la sân sunt pentru moment niște chestiuni din viitorul îndepărtat, cu excepția perioadelor de vis și joc. Acest lucru este asociat cu capacitatea de identificare cu mama și cu femeia, iar în cadrul culturilor care alimentează de timpuriu această capacitate de identificare (prin lăsatul pe vine și așa mai departe) „băiatul din fetițe” poate părea absent. Dar masculinul din feminin este întotdeauna prezent și important, iar rezultatul este o secvență de idei care ar putea fi puse în cuvinte după cum urmează:

Am un penis. Bineînțeles că o să-mi crească un penis. Am avut un penis, sunt traumatizată (pedeapsă pentru excitație). O să folosesc un penis prin procură, lăsând un bărbat să acționeze pentru mine. O să-l las pe bărbat să mă folosească. În acest fel o să obțin producerea unui deficit, dar o să recunosc dependența de bărbat pentru a mă simți completă.¹ Astfel voi descoperi adevăratul meu stadiu genital feminin.

În acest fel fetița poate ajunge, în adolescență sau în viața adultă, să fie capabilă a fi o femeie, dar acest drum este unul precar și oferă multe posibilități pentru dezvoltarea unor înclinații homosexuale etc. Prin acest fel de a descrie sexualitatea feminină, se poate observa că există destul loc pentru nefericire și nemulțumire la fetițe, care pur și simplu se simt inferioare atunci când frățiorii lor se dau mari și care încearcă să compenseze această inferioritate folosindu-și întregul lor corp ca reprezentant al falusului sau percepend în păpușă mai

¹ În cadrul fazei falice, băiatul este complet, iar în cadrul fazei genitale, este dependent de femeie pentru a se simți complet.

degrabă un falus decât un bebeluș.¹ Totuși toate soluțiile care consideră de la sine înțeleasă pierderea penisului la femeie sau supremația bărbatului doar datorită falusului său sunt instabile.

Cultura noastră tinde să alimenteze această credință mai ales prin faptul de a nu da un nume și o importanță specifice gurii genitale a fetei. Nu există nici un cuvânt englezesc într-adevăr pentru organele genitale masculine, dar există ne-numărați termeni în uzul comun din creșe.² Cu toate acestea, în creșă nu există în mod uzual nici o recunoaștere verbală a vaginului.

Identificarea imaginară cu un bărbat îmbogățește aprecierea de către fată a funcției masculine și în cele din urmă întărește relația ei personală cu bărbatul ales.

Cu siguranță, recunoașterea completă a invidiei de penis este necesară în analiza nevrozei la femeie. Poate fi dificil de ajuns la invidia de penis, mai ales la locul unde operează cel mai puternic. Poate fi cel mai dificil în cazul unei femei care nu conștientizează deloc invidia de penis la începutul tratamentului și care are o sexualitate feminină puternic dezvoltată, bazată pe funcționarea genitală feminină, care probabil că deja i-a permis să fie o soție satisfăcătoare și să aibă familie și copii și poate chiar nepoți.

Invidia de penis ca impuls puternic în viața femeilor nu poate fi ignorată, dar în pofida acestui lucru există fără îndoială o sexualitate și fantasme feminine fundamentale care debutează foarte devreme în copilărie. Vaginul probabil devine activ și excitabil în asociere cu hrănirea în timpul prunciei și cu experiențele anale, și adevărata funcționare genitală feminină tinde să fie ascunsă, chiar secretă. Uneori elementul de erotism genital devine exagerat (ca de exemplu în masturba-

¹ *Notă pentru revizie:* a se descrie invidia masculină de feminin corespunzătoare.

² Totuși ar fi eronat să ne gândim că acest lucru nu reprezintă mai mult decât o nevroză culturală. O cultură în care fetei i se permite să cunoască funcția femeii de foarte timpuriu nu este din această cauză neapărat cel mai bun lucru pentru fete.

rea compulsivă care poate fi asociată cu privarea afectivă încă de la o vârstă foarte fragedă, producând chiar o hipertrofie marcată a vulvei), dar în mod obișnuit fantasmele sunt de colectare și secret și ascundere. În termeni anali, despărțirea de fecale este întâmpinată cu aversiune, iar în termeni urinari, există o tendință la retenție; dar în termeni genitali, ideile își găsesc cea mai completă exprimare prin identificarea cu mama sau cu fete mai mari care sunt capabile să experimenteze și să conceapă. Jocul fetei, în măsura în care este cu adevărat feminină, dovedește o tendință spre a fi mamă, iar funcționarea genitală propriu-zisă nu iese atât de mult în evidență ca cea masculină (atât în cazul băieților, cât și al fetițelor). Pe de altă parte, în visele sau jocurile masculine există mai multă durere decât există în cele feminine.

Jocul: „Poți să ții un secret?” aparține în mod caracteristic laturii feminine a naturii umane, după cum lupta și împinsul lucrurilor în găuri aparține laturii masculine. O fată nu poate rămâne însărcinată decât dacă poate ține un secret. Un băiat nu poate impregna deliberat decât dacă poate lupta sau împinge un tren printr-un tunel. În jocurile copiilor mici putem întrezări elaborarea imaginară a funcționărilor lor corporale dominante, mai ales în cadrul unui tratament analitic în care ajungem într-un contact foarte intim cu realitatea psihică a copilului prin intermediul jocului și discursului acestuia.

Cititorii de literatură psihanalitică pot deveni cu ușurință nerăbdători dacă iau anumite declarații ale teoriei analitice și le tratează ca și cum ar fi niște verdicte finale care nu trebuie modificate niciodată. Teoria psihanalitică se dezvoltă tot timpul, și trebuie să se dezvolte printr-un proces natural oarecum asemănător condiției emoționale a ființei umane care este studiată. Nu există exemplu mai bun al nevoii de perspectivă istorică în citirea teoriei psihanalitice decât studiul rădăcinilor timpurii ale genitalității feminine.¹

t.

¹ Vezi Ernest Jones: (1927) *The Early Development of Female Sexuality* și Sigmund Freud: (1931) *Sexualitatea feminină*.

Studiul psihonevrozei arată că este imposibil de evitat invidia de penis și fantasma „bărbatului castrat” în descrierea fetei aflate în dezvoltare. Dar în urmă cu câteva decade, studiind literatura, s-ar fi putut crede că teoria psihanalitică nu avea loc pentru nici un alt fel de descriere a genitalității feminine decât acela al femeii ca bărbat castrat.

Realitatea este că genul de descriere a progresiei creșterii Seului pe care încerc să-l ofer în cadrul acestei secțiuni este mai potrivit pentru descrierea elementului masculin decât al celui feminin. Funcția și fantasmele feminine se apropie mult mai mult de rădăcinile pregenitale, și probabil există mai mult loc pentru intrarea unei anumite fete în categoria *femeie* decât există pentru intrarea băieților în categoria *bărbat*.¹ Mai mult decât atât, pentru o descriere a sexualității feminine este necesar să fii familiarizat cu fantasmele fetei aflate în dezvoltare atât despre interiorul său, cât și al mamei, iar acest lucru aparține altui mod de prezentare, unul pe care voi încerca să-l înfățișez sub titlul de „poziția depresivă în dezvoltarea emoțională”. Din aceste motive, descrierea sexualității feminine, în acest context, va fi mai puțin o descriere a fetițelor decât ar fi descrierea sexualității masculine o descriere a băieților.

Totuși un lucru rămâne: că, în cazul indivizilor sănătoși, cândva în jurul vârstei de 1¹/₂ – 2 ani, fetița, la fel ca și băiețelul, atinge un stadiu care merită descris în termeni de relații interpersonale în care sunt implicate pulsuniile, pulsuni care au trecut prin fazele pregenitale și au devenit genitale atât în privința localizării lor corporale, cât și a tipului de fantasmă. Fetița are un bărbat în minte atunci când este excitată genital și penisul acestuia este cel care este dorit genital.

Partea feminină din băiat (la fel ca și partea masculină din el) este de asemenea fundamentală, deși în mod variabil în

¹ Vreau să sugerez că cele trei femei care apar în mituri și în vise nu au un corespondent exact masculin. Ideal, în timpul actului sexual fiecare bărbat este în mod concret el însuși în acel moment, în timp ce, în cazul fetei, într-un anumit sens unitatea nu este o fată, ci un trio: bebelușul fetei, mireasa cu vâl și femeia bătrână. Acesta este un subiect vast prin el însuși și ar fi nepotrivit să-l studiem aici.

funcție de ereditate, de influențele mediului care țin de cadrul personal și de modelul cultural mai general. Trebuie să se facă o distincție între capacitatea băiețelului de a se identifica cu o femeie în privința genitalității feminine și capacitatea lui de a se identifica cu o femeie în rolul ei de mamă. În cadrul culturii noastre, cea din urmă identificare este mai acceptabilă decât cea dintâi; de asemenea, este mai puțin tulburătoare pentru genitalitatea masculină în cadrul individului, deoarece are de-a face mai mult cu tipul de fantasmă decât cu localizarea funcționării corporale.¹

Este acceptat în mod general că există o bisexualitate a tuturor ființelor umane, mai ales în ceea ce privește fantasmele și capacitatea de identificare. Factorul principal care determină felul în care crește un copil este sexul persoanei de care este el îndrăgostit la vârsta critică, adică în perioada pe care o studiem aici, după pruncie și înainte de perioada de latență. Este extrem de convenabil atunci când sexualitatea unui copil se dezvoltă în principal în conformitate cu înzestrarea corporală, adică atunci când un băiat este predominant masculin, iar o fată este predominant feminină. Cu toate acestea, societatea are mult de câștigat dacă poate tolera atât latura homosexuală, cât și pe cea heterosexuală în dezvoltarea copiilor. La băieți, identificarea puternică cu mama, și chiar feminitatea² pot fi valoroase atunci când dezvoltarea caracterului este satisfăcătoare în celelalte privințe. O anumită masculinitate în cazul fetelor este nu numai tolerată, ci chiar așteptată și prețuită.

RELAȚIILE DE IUBIRE

Se pot acum examina și celelalte fenomene care caracterizează acest stadiu al creșterii.

Fundamentul tuturor lucrurilor este reprezentat de iubirea care se dezvoltă între copil și celelalte persoane. Aceste per-

¹ Notă pentru revizie: Asigură-te că ideile despre homosexualitatea normală și erotismul oral deplasat asupra anusului în homosexualitatea (manifestă) sunt clare.

² În original: *girlishness*. (N. t.)

soane sunt treptat percepute ca persoane, dar acest lucru nu înseamnă că sunt percepute complet obiectiv. Anumiți copii încep de timpuriu să cunoască oamenii în mare măsură așa cum sunt, în timp ce alții sunt mai subiectivi și nu înțeleg decât în măsura în care sunt pregătiți să-și imagineze. Copiii mai subiectivi riscă mai puțin în cazul în care figura maternă s-ar schimba; copiii mai puțin subiectivi câștigă prin aprecierea calităților reale ale diverșilor oameni, dar riscă mai mult, sunt predispuși să sufere mai mult ca urmare a unei pierderi.

Dacă sănătatea este conceptualizată în termeni de absență a bolii nevrotice (presupunându-se absența bolii psihotice), atunci sănătatea se stabilește în cadrul gestionării primei relații triumphiulare, în care copilul este puternic influențat de nou-stabilitele pulsioni de calitate genitală, caracteristice perioadei cuprinse între 2 și 5 ani. Acesta este modul în care eu personal interpretez complexul oedipian freudian în cazul băieților și ceea ce corespunde acestuia în cazul fetelor (complexul oedipian inversat, complexul Electra etc.). Cred că se pierde ceva dacă termenul de „complex oedipian” este aplicat stadiilor foarte timpurii, în care sunt implicate doar două persoane, iar a treia persoană sau obiect parțial este internalizată, un fenomen al realității interne. Nu pot considera ca valoroasă folosirea termenului „complex oedipian” acolo unde una sau mai multe părți ale triumphiului sunt obiecte parțiale. În cadrul complexului oedipian, cel puțin din punctul meu de vedere, fiecare dintre cele trei părți ale triumphiului este o persoană întreagă nu numai pentru observator, ci și — mai ales — pentru copil.

În acest fel, termenul „complex oedipian” are o valoare economică în descrierea primei relații interpersonale controlate de pulsioni. Sunt implicate atât fantasmele, cât și funcționarea corporală. În fantasmă, țelul este unirea sexuală între mamă și fiu, lucru care implică *moarte*, moartea tatălui. Pe deapsa apare sub forma castrării copilului reprezentată simbolic, ca de exemplu sub forma orbirii în vechiul mit. Anxietatea de castrare este cea care-l face pe copil să poată continua să trăiască sau să-i permită să trăiască tatălui. Castrarea sim-

bolică aduce ușurare, iar orbirea din mit transmite ideea a ceea ce noi numim în prezent „inconștientul refutat”. Prin intermediul castrării și al suferinței, fiul obține în cele din urmă eliberarea psihologică, în timp ce dacă ar fi fost ucis, nu ar fi suferit și nu s-ar fi aflat într-o poziție care să-i permită să ajungă la o soluție, așa încât tragedia ar fi fost nefolositoare sau ne-productivă, și doar dramatică.¹

Ar fi înțelept să nu ne bazăm prea mult pe mitul Electrei, de vreme ce în primul rând trebuie să ne întrebăm: trebuie introdus pentru a ilustra sexualitatea feminină dezvoltată într-o manieră masculină, cu invidia de penis și complexul de castrare ca teme centrale, sau sexualitatea dezvoltată mai direct, prin identificarea și rivalitatea cu mama și prin elaborarea imaginărilor a funcționării organelor genitale specific feminine? Dacă trebuie găsit un termen, mai puțin dăunător este acela de „complex oedipian inversat”, pentru că tot ceea ce pretinde este că pentru fete există o altă cale și lasă la latitudinea imaginației tot ceea ce poate fi implicat în dezvoltarea acestei teme.

Complexul oedipian este astfel o descriere a unui câștig al sănătății. Sănătatea imperfectă aparține nu complexului oedipian, ci refulării ideilor și inhibițiilor funcțiilor, care decurg din conflictul dureros, exprimat prin termenul „ambivalență”, ca de exemplu atunci când un băiat descoperă că îl urăște și vrea să-l omoare și se teme de tatăl pe care îl iubește și în care are încredere, pentru că este îndrăgostit de soția tatălui lui. Fericit și sănătos va fi acel băiat care va atinge exact acest stadiu din cadrul dezvoltării lui emoționale și somatice atunci când familia este intactă și care poate fi ajutat în parcurgerea situațiilor penibile în primul rând de către propriii lui părinți pe care îi cunoaște bine, părinți care tolerează ideile și a căror interrelație este suficient de solidă încât ei să nu se teamă de tensionarea devotamentului lor reciproc datorită iubirilor și urilor copilului.

¹ Oedip ajunge în cele din urmă, în mit, la...

Atunci când acest stadiu este atins într-o manieră relativ deschisă (presupunând existența unei dezvoltări sănătoase în stadiile mai timpurii), copilul este capabil să trăiască cele mai teribile sentimente umane, fără o organizare excesivă a apărărilor împotriva anxietății. Și cu toate acestea, apărări vor exista întotdeauna, iar acestea duc la apariția simptomelor. Simptomele nevrotice sunt organizări ale apărării împotriva anxietății, de fapt împotriva anxietății de castrare, anxietate care apare în urma dorințelor de moarte inerente complexului oedipian. Anomalia semnalizează normalitatea.

Conceptul de „sănătate” din perspectiva teoriei pulsionale

In acest moment am ajuns la un punct din care putem întrezări câte ceva din natura unui copil mic, din înțelesul sănătății și din diverșii factori, atât interni cât și externi, care complică în mod inerent procesul fundamental al continuei dezvoltări.

ELABORAREA IMAGINARĂ A FUNCȚIILOR

Fundamentul unei dezvoltări sănătoase este reprezentat de creșterea corporală și, de asemenea, de schimbările în funcționarea infantilă a organelor, care apar o dată cu modificarea vârstei; acestea aduc o schimbare a accentului, ca de exemplu de la dominanța alimentară la cea genitală. Elaborarea imaginară a funcționării corporale devine organizată în fantasme, determinate calitativ de localizarea corporală, dar specifice individului datorită eredității și experienței. În funcție de plasarea accentului asupra ingestiei, excreției sau excitației genitale, pregătirile pentru experiențele orgiastice sunt și ele dependente de tipul de fantasmă care va domina în punctul culminant, fie el orgasm sau orgiastic.

Trebuie să considerăm elaborarea imaginară a funcțiilor ca existând atât la toate gradele de apropiere de funcționarea fizică propriu-zisă, cât și la toate gradele de depărtare de orgasm

mul său fizic. Cuvântul „inconștient”, ca să ne referim la unul dintre sensurile sale¹, se referă la o fantasmă aproape fizică, aceea care este cel mai puțin accesibilă conștientizării. La celălalt capăt al scalei există conștiința de sine și conștiința capacității personale de a avea experiențe orgiastice sau funcționale. Nu pretind că sunt capabil să descriu toate acestea într-un mod satisfăcător. Vă voi reaminti că, în această secțiune, nu cercetez problemele constituirii sinelui, ci consider faptul că sinele a început să existe ca fiind de la sine înțeles.

Chiar și atunci când fazele timpurii ale dezvoltării emoționale s-au desfășurat în mod satisfăcător, încă este necesară o lungă perioadă de stabilitate a mediului, în timpul căreia personalitatea să poată să se acomodeze cu ea însăși la toate nivelurile conștiinței.

PSIHICUL Psihicul se forjează din materialul elaborării imaginare a funcționării corporale (care ea însăși depinde de capacitatea și funcționarea sănătoasă a unui singur organ: creierul). Putem afirma fără nici un risc că fantasma cea mai apropiată de funcționarea corporală este dependentă de funcția structurii cerebrale care este cel mai puțin avansată pe scara evoluției, în timp ce conștiința de sine este dependentă de funcția a ceea ce este cel mai avansat în cadrul evoluției organismului uman. Deci psihicul formează o unitate fundamentală cu corpul prin intermediul relației sale atât cu funcțiile țesuturilor și organelor, cât și cu creierul, ca și prin intermediul modului în care devine întreprins cu acesta prin noile relații dezvoltate în fantasmele sau mintea, conștiente sau inconștiente, ale individului.

SUFLETUL Pentru mine, sufletul este proprietatea psihicului astfel definit, și deci depinde și el în cele din urmă de funcțiile cerebrale și

¹ Anna Freud: (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defence*. [Apărută în limba română sub titlul *Eul și mecanismele de apărare*, Editura Fundației Generația, 2001. (N. t.)]

poate fi sănătos sau bolnav. Știu că aceasta este o viziune personală care vine în opoziție cu învățăturile aproape tuturor sistemelor religioase. Din această cauză îmi mențin cu mare modestie viziunea pe care mi-am format-o. Totuși este de mare importanță practică pentru oricine să ajungă la o decizie personală asupra acestui subiect, în contextul tratamentului modern al tulburărilor mentale prin intermediul lobotomiei, adică prin intermediul unei distorsionări deliberate a funcționării cerebrale *sănătoase* în vederea ușurării suferinței din cadrul psihicului.

Pentru cei care cred că sufletul este primit din afară și nu se dezvoltă ca atribut personal, este de la sine înțeles că lobotomia nu constituie o violare, ci devine astfel unul dintre multiplele moduri de ușurare a suferinței. Pentru cel care consideră că termenul de „suflet” (dacă e să însemne ceva) înseamnă ceva care crește în individ, distorsionarea deliberată a funcționării cerebrale *sănătoase* este și trebuie să rămână un preț prea mare de plătit pentru ușurarea suferinței, de vreme ce modifică irevocabil fundamentul existenței psihicului, și inclusiv a sufletului; și după tratament nu mai rămâne o persoană întreagă, nici psihic, nici sufletește.

Din punctul meu de vedere, nu putem pretinde că un pacient este ajutat de lobotomie datorită unei alinări observabile a suferinței. Poate argumentația mea este defectuoasă, dar chestiunile implicate sunt atât de serioase, încât cei care folosesc lobotomia ca terapie trebuie să fie capabili să evidențieze aceste defecte. Nu este îndeajuns să continue să raporteze îndepărtarea simptomelor și micșorarea stresului vizibil. Nu există alinare a suferinței *in vacuo*; o anume persoană care suferă poate fi alinată; dar nu pare posibil (celui care împărtășește viziunea mea asupra subiectului) să-ți asumi responsabilitatea schimbării unei persoane dintr-una care suferă în altceva cu totul diferit, un om doar pe jumătate, care nu mai suferă, dar nici nu mai este persoana originară care a venit la tratament.

Tocmai în vederea păstrării relației dintre trup și psihic, care este fundamentală și care, la indivizii sănătoși, este stabi-

lită și menținută, folosesc în disecția personalității termenul de „continuum *psyche-soma*”. Există și mintea, o parte specializată a psihicului, care nu este neapărat în relație cu trupul, deși este bineînțeles dependentă de funcționarea creierului. Ne complăcem în fantezia că ar exista un loc, pe care îl numim „minte”, unde lucrează intelectul, și fiecare individ plasează mintea undeva, și acolo simte încordare musculară sau congestie vasculară atunci când încearcă să gândească. În imaginație, nu creierul este folosit pentru plasarea minții, de vreme ce nu există o conștientizare a funcționării cerebrale; creierul funcționează silențios și nu pretinde nici o recunoaștere.

STĂRI EXCITATE În cadrul descrierii copilului mic sănătos
ȘI LINIȘTITE putem distinge în mod util stările excitate
 de cele neexcitate. Problemele perioadelor

excitate sunt în mod evident determinate de pulsuni, iar, în limbajul acestui capitol, multe din lucrurile care se întâmplă între excitații privesc fie îngrădirea pulsuniilor, pregătirea pentru satisfacerea pulsională din final, fie păstrarea pulsuniilor vii într-un mod indirect, prin joacă sau prin punerea în act a fantasmelor. În cadrul jocului, corpul se pune în valoare prin participarea la punerea în act, iar în cadrul fantasmării, corpul se pune în valoare într-un mod secundar, prin faptul că, o dată cu fantasma, apare și o excitație somatică potrivit localizată, după cum și o dată cu funcționarea corporală apar fantasme. Masturbarea de tip obișnuit, sănătos și relativ noncompulsiv ține de această păstrare în viață a pulsuniilor în absența experiențelor pulsionale mature. În cazul copiilor, este și mai sigur că apare frustrarea în cadrul vieții pulsionale decât în cazul adulților, și parțial din acest motiv observăm în copilărie o valorizare mai mare a jocului și a imaginației creative.

În cadrul primei relații triunghiulare între persoane care este studiată aici, copilul este copleșit de pulsuni și iubiri. Această iubire implică schimbări fizice și fantasmatică și este violentă. Duce la ură. Copilul urăște a treia persoană. Copilul, dat fiind că a fost deja bebeluș, cunoaște câte ceva despre iubire și agresiune și ambivalență și teama că ceea ce este iubit

va fi distrus. Aici, în cadrul relației triumphiulare, ura se poate manifesta în sfârșit în mod liber, de vreme ce ceea ce este urât este o persoană, o persoană care se poate apăra, și o persoană care este deja iubită; de fapt (în cazul băiatului) tatăl, genitorul, soțul mamei. Iubirea mamei este descătușată, în cel mai simplu caz, de faptul că tatăl devine obiectul urât, tatăl care poate supraviețui și pedepsi, și ierta.

La indivizii sănătoși, în culmea excitației, anxietatea este mare și este tolerată ca atare. În acest fel poate exista o recuperare, o recuperare din tensiunea sporită a pulsionilor. Totuși este întotdeauna adevărat că, din cauza conflictului dureros sau a fricii, apărările trebuie organizate, copilul nevrotic nefiind în primul rând diferit de copilul normal, sănătos, cât mai puțin conștient de ceea ce se petrece și deci având apărări mai rigide și mai oarbe împotriva pedepsei.

COMPLEXUL OEDIP

Acum este posibil să enumerăm diversele apărări împotriva anxietății pe care copilul aflat în acest stadiu (și care a parcurs pruncia cu bine) le poate adopta și organiza. În cazul cel mai simplu cu putință, cazul pe care Freud l-a ales în dezvoltarea teoriei sale, băiatul este îndrăgostit de mama sa. Tatăl este folosit de către băiat ca prototip al conștiinței. Băiatul internalizează tatăl pe care îl cunoaște și cu care ajunge la o înțelegere. Dar se mai întâmplă și alte lucruri, iar acestea pot fi enumerate. Într-o anumită măsură, băiatul pierde capacitatea pulsională, astfel negând o parte din ceea ce pretindea. Într-o anumită măsură, el deplasează obiectul iubirii sale, înlocuind-o pe mamă cu o soră, mătușă, asistentă medicală, cu cineva care este mai puțin implicat într-o relație cu tatăl. Într-o anumită măsură, băiatul intră într-un pact homosexual cu tatăl, astfel încât potența lui devine nu în întregime individuală ci, în loc de asta, (prin identificare) o nouă expresie a potenței tatălui care a fost internalizată și adoptată. Toate acestea se petrec în cele mai ascunse vise ale băiatului și nu sunt accesibile exprimării conștiente imediate; dar la indivizii sănătoși, ele nu sunt inaccesibile în mod absolut. Prin intermediul identificării cu

tatăl sau cu o figură paternă, băiatul dobândește o potență prin procură și o potență proprie amânată, care poate fi recuperată la pubertate.

Prăbușirea apărărilor se manifestă ca anxietate francă, fie în coșmaruri, fie sub diverse manifestări în timpul stării de trezie. Natura acestor manifestări depinde nu numai de fiziologia fricii¹, ci și de natura fantasmelor conștiente sau inconștiente.

Copilul sănătos care negociază toate aceste riscuri trebuie conceptualizat ca trăind într-un mediu relativ stabil, cu o mamă fericită în căsnicie și cu un tată pregătit să-și joace rolul cu copiii lui, pregătit să ajungă să-și cunoască fiul și să ofere și să primească în modul subtil care-i vine relativ natural unui tată care, el însuși a avut ca băiat o experiență fericită cu propriul lui tată.

Tensiunea crește pe măsură ce copilul atinge culmea funcționării pulsionale timpurii (unde va între 2 și 5 ani) și este apoi rezolvată, sau mai degrabă amânată, pur și simplu datorită trecerii timpului. Pe măsură ce perioada de latență (după cum este denumită) se instalează, copilul este eliberat de necesitatea de a se adapta tensiunii pulsionale în dezvoltare și devine capabil să se liniștească pentru câțiva ani, continuând în cadrul lumii interioare experiențele lucrurilor prin care a trecut, pe care le-a observat și imaginat în timpul fazei timpurii a predominării pulsionii genitale.

Astfel, prin acest mod de a privi copilăria, ca și prin alte metode, vedem durerea, suferința și conflictul, așa cum vedem și marea bucurie.

O NOUĂ DESCRIERE

Freud a descris aceste lucruri într-un mod care acum este bine cunoscut. El a numit tendințele pulsionale „Se”, iar pentru par-

¹ A se nota că există o fiziologie a fricii, ca și a excitației sau a urii, dar nu și o fiziologie a anxietății, de vreme ce manifestările acestei stări complexe depind de balanța din cadrul fantasmelor dintre frică, ură, iubire, excitație etc., iar aceasta este o chestiune individuală.

tea sinelui care se află în contact cu lumea externă a folosit cuvântul „Eu”. De-a lungul multor ani, munca lui a reprezentat un studiu al luptei Eului cu impulsurile Se-ului. Acest lucru a antrenat psihologia într-un proces de cunoaștere a Se-ului într-un mod în care nu mai fusese cunoscut până atunci. Printr-o tehnică prin care ajungea împreună cu pacientul la inconștient (psihanaliză), Freud a putut demonstra lumii natura și puterea impulsurilor Se-ului, adică a pulsioniilor. El a arătat că ceea ce era asociat cu conflict și emoții intolerabile devenea refutat, și o sursă de secătuire a resurselor Eului.

În acel stadiu, se putea spune ușor despre psihanaliză că se ocupa numai cu inacceptabilul și era ceva foarte obișnuit pentru cei ce erau ostili acestei noi investigații a naturii umane să presupună că în psihanaliză Se-ul și inconștientul erau tratate ca fiind unul și același lucru. Cu toate acestea, ceea ce era examinat era încercarea Eului de a ajunge la o înțelegere cu propria parte de Se¹; de a deveni capabil să folosească energia Se-ului fără o prea mare tulburare a relației lui cu lumea sau cu idealul.

În cele din urmă (1923), Freud a introdus termenul de „Supraeu” pentru a descrie la început tatăl internalizat de băiețel și folosit pentru controlul pulsioniilor. Freud știa că nu se putea spune același lucru și despre fetițe, dar a permis acestei teorii să se dezvolte în mintea sa în acest mod, presupunând că, în timp, chestiunea se va rezolva de la sine; și cred că așa s-a și întâmplat. Rămâne valoroasă descrierea clară (mult suprasimplificată, după cum știm acum) făcută de Freud stadiilor atinse, în cazul unei dezvoltări sănătoase, de băiețelul care devine capabil să întemeieze înăuntrul său un ideal bazat pe imaginea lui despre o persoană reală, tatăl real, un bărbat pe care îl cunoaște bine în viața de zi cu zi și cu care poate ajunge la o înțelegere în visele sale sau în realitatea lui interioară, sau în fantasmele profunde. Acest lucru este posibil doar

¹ În cadrul teoriei psihanalitice, Eul este conceput ca fiind o parte a Se-ului.

atunci când dezvoltarea copilului continuă să progreseze într-un mod sănătos și într-un mediu familial stabil.

Introducând conceptul de Supraeu, Freud a declarat mai clar decât o făcuse până atunci în expunerile sale teoretice că era preocupat de problemele Eului, de creșterea conștiinței, idealurilor și țelurilor Eului și de apărările Eului împotriva tendințelor Se-ului. Dar acest lucru s-a aplicat întotdeauna muncii lui Freud; iar dacă o folosire mai timpurie a unui astfel de termen precum Supraeul ar fi întârziat sarcina neplăcută de a prezenta Eul lumesc Se-ului său, atunci acest lucru ar fi anulat valoarea psihanalizei.

Conceptul de Supraeu s-a diversificat de-a lungul timpului, deși fundamental termenul este folosit pentru a descrie ceea ce este construit, încorporat sau organizat înăuntrul Eului pentru control, direcție, încurajare și sprijin. Controlul nu reprezintă numai un control direct asupra pulsionilor, ci și unul al complexelor fenomene ale Eului care depind de amintirile experiențelor pulsionale și de aspectul lor fantasmatic. Totuși luând în considerare acest fapt am ajunge la subiectul unei secțiuni ulterioare, și anume aceea care se ocupă cu „poziția depresivă” din cadrul dezvoltării.

În limbajul acestei secțiuni, punctul culminant al dezvoltării emoționale este atins la vârsta de 3-4 ani. Băiețelul sau fetița este complet constituit ca unitate și poate să simtă că persoanele din jurul său sunt, de asemenea, persoane întregi. În acest context, copilul este capabil de experiențe sexuale genitale, cu excepția faptului că reproducerea somatică a copilului uman este supusă amânării până la pubertate. Ca urmare a acestui fenomen endocrinologic al amânării, sau ceea ce se numește perioada de latență, copilul trebuie să folosească cum poate mai bine identificările cu părinții și alți adulți și trebuie să profite de experiențele din vis și joacă, de fantasmarea cu sau fără acompaniament corporal și de satisfacțiile corporale obținute în lipsa altor persoane; copilul trebuie să folosească experiențele de tip pregenital sau genital imatur din sfera lui și trebuie să profite la maximum de faptul că trecerea timpului — câteva ore sau poate chiar minute — aduce ușurare pen-

tru aproape orice problemă, oricât de intolerabilă, presupunând că cineva înțelegător și cunoscut este prezent, păstrându-și calmul atunci când ura, furia, supărarea, durerea, disparea par să fie totul.

Sexualitatea infantilă este un lucru foarte real; în momentul în care schimbările perioadei de latență aduc ușurare, ea poate fi imatură sau matură; și, de asemenea, în măsura în care calitatea sexualității copilului este imatură sau deformată, sau inhibată la sfârșitul acestei prime perioade de relații interpersonale, tot așa va reapărea ca fiind imatură sau deformată, sau inhibată la pubertate.

SEXUALITATEA INFANTILĂ Freud a înțeles că sexualitatea genitală a izvorât din cea pregenitală și a numit viața pulsională „sexuală”, cu excepția pulsionilor de autoapărare. Astfel a apărut termenul de „sexualitate infantilă”, și există mulți care și-ar fi dorit ca Freud să nu fi insistat asupra acestei părți a teoriei lui.

În opinia mea, a fost important ca Freud să parcurgă până la capăt drumul determinării originilor sexualității genitale adulte sau mature, până la sexualitatea genitală din copilărie, și să demonstreze rădăcinile pregenitale ale acesteia. Aceste experiențe pulsionale pregenitale constituie sexualitatea bebelușilor. Este atât de ușor să modifice un concept pentru a evita să ofensezi, dar în același timp poți trăda un principiu de o importanță vitală. Sexualitatea bebelușilor ar fi putut să rămână un termen care să descrie exercițiile genitale compulsive ale anumitor bebeluși care sunt privați de o îngrijire iubitoare sau a căror capacitate de a relaționa este serios tulburată. Totuși are o valoare superioară ca descriere a începutului întregii dezvoltări a vieții pulsionale. În acest sens a folosit Freud termenul. Cu toate acestea, opiniile individuale asupra acestei chestiuni de terminologie vor continua să varieze.

Este atât posibil, cât și sănătos ca un copil de 4 ani să se afle în stadiul relațiilor interpersonale, folosind la maximum pulsionile și având o viață sexuală completă (cu excepția limitărilor biologice descrise).

**REALITATE
ȘI FANTASMĂ**

Un copil sănătos devine apt pentru fantasma completă a sexualității genitale. În visele reamintite pot fi identificate toate tipurile de travaliu al visului care au fost atât de atent elaborate de către Freud. În visele nereamintite și fără sfârșit trebuie înfruntate consecințele complete ale experienței pulsionale. Băiatul care ia locul tatălui lui nu poate evita confruntarea cu:

Ideea morții tatălui și deci a propriei lui morți.

Ideea castrării de către tată sau a castrării tatălui.

Ideea de a-i fi lăsată întreaga responsabilitate pentru satisfacția mamei.

Ideea unui compromis cu tatăl, în direcția homosexualității.

În visele sale, o fată nu poate evita confruntarea cu:

Ideea morții mamei și deci a propriei ei morți.

Ideea de a o jefui pe mamă de soțul ei, de penisul lui, de copiii ei, și astfel ideea propriei sale sterilități.

Ideea de a fi complet în puterea sexualității tatălui.

Ideea unui compromis cu mama, în direcția homosexualității.

Atunci când părinții există în realitate și există de asemenea și un cadru familial și o continuitate a lucrurilor familiare, soluția vine din separarea a ceea ce se numește realitate și fantasmă. A-i vedea pe părinți împreună face tolerabil visul despărțirii lor sau al morții unuia dintre ei. Scena primitivă (părinții care sunt sexual împreună) reprezintă fundamentul stabilității individuale, de vreme ce face posibilă întreaga fantezie a luării locului unuia dintre parteneri. Acest lucru nu scoate din discuție faptul că scena primitivă, surprinderea în realitate a actului sexual, poate supune un copil la tensiune maximă și poate fi traumatică (dacă se întâmplă într-un mod foarte diferit de nevoile copilului) ast-

fel încât, ca urmare a faptului de a fi forțat să fie martor la ea, copilul poate începe să dezvolte o boală. Ambele afirmații sunt necesare, demonstrând atât valoarea, cât și pericolul scenei primitive.

Părinți care sunt satisfăcători din alte puncte de vedere pot eșua cu ușurință în îngrijirea copilului dacă se dovedesc incapabili să distingă clar între visele copilului și faptele reale. Ei pot prezenta o idee ca fiind un fapt sau pot reacționa nehibzuit în fața unei idei ca și cum aceasta ar fi fost o acțiune. Chiar pot fi mai înspăimântați de idei decât de acțiuni. Maturitatea înseamnă, printre altele, o capacitate de a tolera idei, iar părinții au nevoie de această capacitate care, când este maximă, face parte din maturitatea socială. Un sistem social matur (care are anumite cerințe cu privire la acțiune) permite libertatea ideilor și libera exprimare a lor.¹ Copilul atinge doar treptat abilitatea de a distinge între vis și realitate.

Într-o anumită măsură, un copil sănătos eșuează în tolerarea conflictelor și anxietăților care-și ating punctul culminant în punctul culminant al experienței pulsionale. O soluție la problemele de ambivalență inerente copilăriei vine din elaborarea imaginară a tuturor funcțiilor; în lipsa fantasmelor, exprimarea brută a apetitului, sexualității și urii ar reprezenta regula. În acest sens, fantezmele se dovedesc a fi caracteristici umane, substanța socializării și a înseși civilizației.

INCONȘTIENȚUL Ideea esențială din toată această descriere a copilului sănătos și nevrotic (nu psihotic) este aceea a inconștientului și a exemplelor speciale de inconștient cunoscute ca „inconștientul refulat”.

Travaliul tratamentului psihanalitic îi privește în principal pe pacienții psihonevrotici și se produce prin conștien-

¹ Vezi: D.W. Winnicott: (1950) *Some Thoughts on the Meaning of the Word „Democracy”* și R.E. Money-Kyrle: (1951) *Psycho-Analysis and Politics*.

tizarea conținutului inconștient. Acest lucru este realizat mai ales prin retrăire, în relația pacientului cu analistul. Psihonevroticul pare să lucreze la nivelul conștiinței și se simte stânjenit de lucrurile inaccesibile acesteia. Dorința de conștiință de sine pare să fie caracteristică psihonevroticului. În cazul acestor oameni, analiza aduce cu ea o creștere a conștientizării și o toleranță față de absența conștientizării. Prin contrast, psihoticii (și oamenii normali de tip psihotic) nu sunt foarte preocupați de conștientizare și există prin sentimente și experiențe mistice, chiar suspectând sau disprețuind conștientizarea intelectuală. Aceștia din urmă nu se așteaptă să devină mai conștienți prin psihanaliză, dar treptat ajung să spere să se poată simți reali.

În cadrul travaliului psihanalitic, analistului i se prezintă în mod regulat dovezi izbitoare ale inconștientului, atunci când pacientul aduce în situația analitică ceea ce anterior fusese inconștient sau chiar puternic negat. În relația dintre pacientul psihonevrotic și analist apare și reapare o relație specializată care poartă marca nevrozei pacientului și care reprezintă boala pacientului apărând în mostre. Acest fenomen este numit „nevroza de transfer”. Rezultatul analizei nevrozei de transfer este apariția bolii bucată cu bucată în cadrul condițiilor înalt specializate și controlate pe care analistul le garantează, furnizează și menține.

Păcatul de neiertat în psihoterapie ar fi folosirea de către analist a relației analitice în vederea gratificării personale. Acest principiu este foarte apropiat de cel care stă la baza jurământului doctorilor, care proscribe relațiile sexuale cu pacienții; astfel, încă din anul 400 î.Hr., Hipocrate demonstrează că a înțelege valoarea care rezidă în a permite pacientului să aducă în cadrul relației profesionale modele care sunt personale și, după cum am spune noi, derivate din complexul lui Oedip și stabilite originar în copilăria timpurie. Ceea ce a făcut Freud în plus a fost să folosească contribuția personală a pacientului la relația profesională într-o încercare metodică de a aduce trecutul în prezent și astfel să ofere con-

diții în care schimbarea și creșterea să poată apărea acolo unde altfel nu ar fi decât rigiditate.

A abuza de nevroza de transfer ar fi ceva similar cu seducerea sexuală a unui copil mic, de vreme ce un copil mic nu este capabil să facă o alegere de obiect reală, având încă un înalt grad de subiectivitate în observație. Un corolar al acestui fapt ar fi că unui pacient care a fost sedus în copilărie îi este foarte greu să creadă și să aibă încredere într-un analist tocmai în momentul în care analistul poate să opereze cel mai eficient. Se poate observa aici că analiza psihozei de tip schizoid¹ este în mod esențial diferită de analiza psihonevrozelor, deoarece prima necesită ca analistul să tolereze o regresie reală la dependență, în timp ce a doua necesită ceva diferit, o capacitate de a tolera idei și sentimente (iubire, ură, ambivalență etc.), o înțelegere a proceselor și, de asemenea, o dorință de a arăta înțelegerea prin expunerea potrivită în limbaj (interpretarea lucrurilor pe care pacientul este aproape pregătit să le conștientizeze). O interpretare corectă și bine sincronizată în cadrul tratamentului analitic îi dă o senzație de a fi ținut în mod fizic care este mai reală decât dacă ar fi fost propriu-zis strâns în brațe sau îngrijit. Înțelegerea merge mai adânc, iar prin înțelegere, manifestată prin folosirea limbajului, analistul ține în brațe în mod fizic pacientul în trecut, adică în momentul nevoii de a fi ținut, atunci când iubirea însemna îngrijire fizică și adaptare.

REZUMAT

Deci în cadrul sănătății există o maturitate a dezvoltării pulsionale care este atinsă aproximativ la 5 ani, adică înainte de realitatea biologică a latenței. La pubertate modelele dezvoltării pulsionilor și organizarea apărărilor împotriva anxietății care erau prezente în perioada de prelatență reapar și determină în mare parte capacitatea și modelele pulsionale ale adultului. Dacă apărările organizate împotriva anxietății sunt mai evi-

¹ În acest stadiu încă nu mă refer la psihoza de tip maniaco-depresiv.

dente decât pulsionile, decât controlul lor conștient și decât influența lor asupra acțiunilor și imaginației, atunci tabloul clinic este caracteristic mai degrabă psihonevrozei decât sănătății.

Creșterea se desfășoară pe tot parcursul vieții unei persoane, mai ales dacă persoana este sănătoasă, dar în ceea ce privește calitatea pulsionilor, disponibilitatea, controlul și limitările lor nevrotice, creșterea este relativ mică după uriașa înaintare înghesuită în primii ani, când (în mod obișnuit) familia furnizează cadrul ideal pentru o astfel de creștere. Lucrul este adevărat în pofida realității marilor schimbări ce țin de vârsta pubertății, schimbări care au un fundament endocrinologic, schimbări care fac procrearea o parte din funcția genitală reală pentru prima dată în viața individului.

Aceste chestiuni, care îl preocupă pe analist în travaliul lui de ședință cu ședință cu bolnavul psihonevrotic, sunt importante și pentru cel care studiază natura umană. Totuși este adevărat că pentru cei care nu studiază cu scopul de a deveni analiști (majoritatea cititorilor mei), fenomenele dezvoltării pulsionilor și apărărilor împotriva anxietății de castrare nu reprezintă o preocupare prea practică. Dacă un copil are o fobie, faptul de a-i spune profesorului ce s-ar descoperi *dacă acel copil ar face o analiză* are o valoare practică limitată, mai ales în condițiile în care analiza este disponibilă foarte rar.

Cu toate acestea, este util pentru oricine căruia i s-a încredințat îngrijirea unui copil să obțină orice înțelegere disponibilă, iar în gestionarea copiilor mici sigur este de ajutor dacă se cunoaște câte ceva despre motivul pentru care un cadru stabil este esențial. Forțe uriașe, derivate din pulsioni, sunt în mișcare, iar între 2 și 5 ani fiecare copil trebuie să ajungă la un echilibru, date fiind ereditatea, pulsionile, particularitățile corpului, factorii de mediu atât buni cât și răi, trebuind în același timp să stabilească relații personale, plăceri și neplăceri, o conștiință personală și speranțe de viitor.

HARTA PSIHOLOGIEI UNUI BĂIEȚEL ÎN TERMENII TEORIEI PULSIONALE

Iubirea pentru mamă

Ura pentru tată

Omoară sau mori

Nici nu omorî,
nici nu muri

Fantasma
factorului timp¹

Castrează
sau fii castrat

Anxietatea de castrare
(intolerabilă)

APĂRĂRI ÎMPOTRIVA

ANXIETĂȚII – AMENINȚĂRII CU CASTRAREA

Inhibiția pulsiunilor (sursa iubirii).

Abandonarea obiectului, acceptarea substitutului.

Identificarea cu rivalul, pierderea identității personale.

Compromis homosexual cu rivalul (pasiv).

Regresia pulsiunilor până la stadiul pregenital (iubirea menținută, dar evitarea amenințării cu castrare, folosirea punctelor de fixație nepotrivite).

Regresia la dependență (iubirea menținută, maturizarea abandonată, folosirea punctelor de fixație bune).

Conștientizarea vinei, organizarea ispășirii (obsesional), (deci crima este permisă).

Refularea părții iubirii (sau urii) (cu menținerea absenței conștientizării); cost: energie cheltuită și pierderea capacității de a iubi (sau urî).

¹ Notă pentru revizie: Dezvoltă până la supraviețuirea obiectului; originea fantasmei la fel ca în lucrarea „Folosirea obiectului”.

În cazul unei dezvoltări sănătoase, copilul este capabil să folosească oricare dintre aceste (și alte) apărări sau toate împotriva anxietății. Nu anxietatea reprezintă anomalia, cât inabilitatea copilului de a folosi unele apărări sau o predispoziție specială de a folosi un anumit tip de apărare.

CĂDEREA APĂRĂRILOR

Anxietate: coșmaruri sau atacuri de anxietate

noi apărări: exploatarea manifestărilor somatice ale anxietății cu beneficiu secundar (cf. regresiei la dependență).

anestezie în locul refulării
pierderea plăcerii din orgasmul fizic

Confuzie: confuzie generală între anxietate și excitație

noi apărări: ordine, proiectată să ascundă confuzia (obsesional)

Întoarcerea

refulatului: apare iubirea (sau ura) temporară, dar nu este complet conștientizată

noi apărări: refulare mai profundă la un cost crescut.

Și așa mai departe.

Partea a III-a

STABILIREA STATUTULUI UNITAR

Introducere

Dezvoltarea emoțională caracteristică prunciei

In secțiunea anterioară, instinctele și progresia tipurilor de predominare pulsională au determinat metoda de studiu a naturii umane. Multe dintre cele ce vor urma aici privesc copilul înainte de vârsta predominării genitale. Studiul relațiilor interpersonale a dobândit un limbaj propriu, cu un set de termeni proveniți din scrierile freudiene timpurii, în prezent integrați în utilizarea comună.

În această secțiune, care se ocupă cu dezvoltarea emoțională caracteristică prunciei, vom folosi o metodă descriptivă diferită. Nu vom presupune că copilul a devenit capabil să gestioneze o relație triunghiulară, ci subiectul studiului va fi reprezentat de capacitatea bebelușului de a forma o relație cu altcineva (mama). O dată în plus este necesar să considerăm ca fiind de la sine înțeleasă o dezvoltare sănătoasă în cadrul stadiilor și mai timpurii, acelea care vor fi examinate în partea a IV-a. Vor fi explicate anumite lucruri care lipsiseră până acum, ca de exemplu ideea de *valoare* în copilul care se dezvoltă. Ideea de valoare conduce direct la ideea de sănătate, dar cele două nu sunt fără legătură între ele. Valoarea poate crește la orice vârstă sau se poate diminua; de asemenea poate fi ascunsă și deveni inaccesibilă, astfel amintind o pulsione inhibată sau o fantasmă refulată.

Voi descrie stadiul de dezvoltare în care un bebeluș devine o unitate, devine capabil să-și perceapă sinele (și deci și pe

al altora) ca fiind un întreg, un singur lucru cu o membrană limitantă, și cu un înăuntru și un în afară. Asta, după cum am mai spus, presupune întreaga dezvoltare care duce la acest sentiment de a fi întreg.

Conceptele secțiunii anterioare au fost concepte intelectuale în mintea observatorului. Am adoptat conceptul de „conștiință” și de „inconștient” și de „inconștient refulat”. Aici, în schimb, este mai profitabil să folosim o diagramă care ar putea reprezenta desenul unui copil. Haideți să spunem că un copil a umplut foi întregi de hârtie cu linii și mișcări de du-te-vino, și a hoinărit cu creionul de-a lungul hârtiei, din când în când alunecând incontrollabil dincolo de margine; iar apoi apare ceva nou, o linie care se unește cu propriul ei început, un cerc rudimentar este desenat, iar copilul arată spre el și spune: „rață” sau chiar „Tommy” sau „Anne”. Diagrama de care avem nevoie, de fapt, este concepția copilului despre sine, o sferă, care într-un desen bidimensional este un cerc.




Bebelușul ajunge treptat în poziția pe care o examinez aici. În mod caracteristic, în acest stadiu există un progres de următorul fel:

Apare ideea unei membrane limitante, iar aceasta duce la ideea unui înăuntru și în afară. Apoi se dezvoltă tema unui MINE și ne-MINE. Acum există conținuturi MINE care depind parțial de experiențele pulsionale. Apoi urmează posibilitatea unui sentiment de responsabilitate pentru experiențele pulsionale și pentru conținuturile MINE și a unui sentiment de independență față de ceea ce este în afară. Apare un înțeles al termenului „relație” ca ceva între persoană, MINE și obiecte. Rezultatul acestui lucru este recunoașterea în mamă a ceva echivalent cu MINE, adică perceperea ei ca persoană, sânul devenind atunci o parte dintr-o persoană.

Poziția depresivă

ÎNGRIJORARE,
VINOVĂȚIE ȘI
REALITATE PSIHICĂ
INTERNĂ
PERSONALĂ

 dată cu toate aceste lucruri are loc și o separare a celor două stări, cea liniștită și cea excitată. Neîndurarea din cadrul „atacului” pulsional asupra obiectului face loc unei aprecieri incipiente a mamei ca persoană care are

grijă de MINE, și în același timp ca persoană care oferă o parte din ea în vederea hrănirii. Treptat apare o integrare a tipurilor de relație excitat și liniștit și o recunoaștere a faptului că cele două stări împreună (nu doar una singură) constituie o relație totală cu persoana-mamă. Aceasta este ceea ce se numește „poziția depresivă în dezvoltarea emoțională”, un stadiu important care implică bebelușul în sentimente de vinovăție și îngrijorare cu privire la relații datorită elementelor lor pulsionale sau excitate.

Anxietățile copilului sunt de un nivel foarte complex. Există îngrijorare nu numai cu privire la efectul asupra persoanei mamei datorat elementelor pulsionale din cadrul relației dintre MINE și ea, dintre două persoane (vinovăție); ci există îngrijorare și cu privire la schimbările dinăuntru care urmează experiențelor excitate, și experiențelor atinse de furie sau puse în mișcare de ură (anxietate hipohondriacă). (În plus față de acestea, există anxietățile așa-numite paranoide, care vor fi examinate separat.)

Se poate observa cu ușurință că are loc o creștere enormă în această progresie de la neîndurare la îngrijorare, de la dependența-MINE la relațiile-MINE, de la preambivalență la ambivalență, de la o disociere primară între stările excitate și cele liniștite la o integrare a acestor două aspecte ale sinelui.

Bebelușul este angajat într-o sarcină care necesită necondiționat atât *timp*, cât și un *mediu personal* continuu. Persoana-mamă susține situația în timp, în vreme ce bebelușul găsește un mod de a atinge „poziția depresivă”, iar în lipsa îngrijirii ei personale continue această dezvoltare nu ar putea avea loc. Rezolvarea se desfășoară în următorul fel.

Poate fi considerat ca axiomatic că bebelușul uman nu este capabil să îndure povara vinovăției și fricii care ține de o recunoaștere completă a faptului că ideile agresive din cadrul iubirii instinctuale primare neîndurătoare sunt direcționate către mama relației dependente (anaclice). Mai mult decât atât, copilul nu este încă atât de avansat, încât să poată folosi ideea unui tată care intervine și, prin faptul de a interveni, face ca ideile pulsionale să nu mai fie periculoase. Rezolvarea dificultăților inerente în viață în acest stadiu apare datorită capacității de a face reparație pe care o dezvoltă copilul. Dacă mama conține¹ situația, zi de zi, atunci bebelușul are timp să separe rezultatele imaginare bogate ale experienței pulsionale și să salveze ceva ce este simțit ca fiind „bun”, suportiv, acceptabil, care nu rănește, și cu ajutorul acestui ceva să repare în mod imaginar stricăciunile pricinuite mamei. Aceste stricăciuni-făcute-bine se petrec în mod repetat în cadrul unei relații obișnuite mamă-bebeluș, și treptat bebelușul ajunge să creadă în efortul constructiv și să fie capabil să îndure vinovăția și, astfel, să fie liber să iubească pulsional.

În acest fel este un bebeluș sănătos la început, cu o mamă acceptând un grad înalt de dependență ca natural, indepen-

¹ În original: *holds*. Termenul a fost tradus în funcție de context fie prin „conține”, fie prin „susține”, fie prin „ține”, iar când contextul era ambivalent s-a preferat traducerea prin „(con)ține”, pentru a surprinde ambele nuanțe existente în original. (N. t.)

dent de tată care, pe de altă parte, este absolut necesar pentru a proteja mama, pentru că altfel bebelușul ar deveni inhibat, și-ar pierde capacitatea pentru iubire excitată. Câștigul este observat clinic în capacitatea copilului sănătos de a avea stări depresive, de a conține sentimente de vinovăție până în momentul în care perlaborarea evenimentelor recente și elaborarea lor imaginară în inconștient vor produce material pentru ceva constructiv fie în cadrul relației, fie în cadrul jocului sau muncii.

Probabil datorită faptului că în acest moment stările depresive apar clinic s-a folosit termenul de „poziție depresivă în dezvoltarea emoțională normală”. Acest lucru nu înseamnă că bebelușul normal trece printr-o *boală* depresivă sau de dispoziție. O boală depresivă în cazul unui bebeluș¹ este într-adevăr o stare anormală și care nu se întâlnește în cazul bebelușului normal în cadrul unei îngrijiri personale bune obișnuite. Apoi, în condiții adecvate, bebelușul devine capabil să separe binele și răul din cadrul sinelui.² Se naște o stare internă de o înaltă complexitate, mostre din ea apărând în cadrul jocului și mai ales în cabinet, în cursul psihoterapiei. În cadrul psihoterapiei (bebelușul fiind acum un copil mic), cabinetul simbolizează adesea psihicul limitat al copilului, iar analistului îi este permis astfel accesul la lumea interioa-

¹ Vezi R.A. Spitz, [(1945): „Hospitalism”].

² Cuvintele „bine” și „rău” sunt o moștenire a trecutului îndepărtat; de asemenea, sunt cuvinte potrivite pentru descrierea extremelor pe care fiecare bebeluș le simte în legătură cu chestiunile care țin de interior — fie acestea forțe, obiecte, sunete sau mirosuri. Nu mă refer aici la folosirea termenilor de „bine” și „rău” de către părinți sau asistente care vor să implanteze simțul moralității în copil.

Tot ce se află în această secțiune provine din propria mea muncă. Multe lucruri se bazează pe ceea ce am adunat din cursurile și scrierile lui Melanie Klein și din ce m-a învățat personal. În multe privințe, modul meu de a descrie lucrurile este diferit de al său, și știu că nu este de acord cu anumite detalii ale prezentării mele. Oricum, nu am încercat să transmit opiniile ei exacte, așa cum au fost complet exprimate de către ea însăși și de către Isaacs, Heiman, Segal și alții. Dorința mea principală aici este să ofer o relatare completă.

ră a copilului, unde există un conflict teribil între diferite forțe, unde guvernează magia și unde binele este constant amenințat de rău. A te afla în lumea interioară a copilului este înnebunitor. Din ceea ce ne poate fi arătat din lumea interioară a copilului, putem deduce elementele lumii interioare a bebelușilor.

Răul este menținut puțin, pentru a fi folosit în exprimarea furiei, iar binele este menținut pentru creșterea personală și reparație și restituție, pentru a face bine acolo unde au fost făcute stricăciuni în mod imaginar.

Mă refer în principal, bineînțeles, la sentimentele și ideile inconștiente ale bebelușului, la conținutul psihicului care există separat de eforturile intelectuale de înțelegere ale copilului.

Dacă mama (sau substitutul mamei) este în continuare prezentă și disponibilă, adică dacă bebelușul se află într-un mediu potrivit pentru un bebeluș, treptat apare un moment de reparație, un moment în care bebelușul folosește capacitatea care s-a dezvoltat în orele precedente de contemplare sau digestie. Poate bebelușul chiar face ceva (zâmbește sau face un gest spontan de iubire sau oferă un dar — un produs al excreției — ca simbol al reparației și restituției). Sânul (corpul, mama) este acum reparat, iar munca cotidiană e făcută. Pulsunile zilei de mâine pot fi așteptate cu o frică limitată. Răul de până atunci este suficient pentru întreaga zi.

În starea depresivă, se poate spune că bebelușul (sau copilul, sau adultul) maschează situația internă de ansamblu sau permite ca asupra ei să descindă un control, o ceață sau un abur, sau un fel de paralizie. Acest lucru face posibilă o ridicare treptată (în decursul timpului) a controlului magic, astfel încât separarea să se poată petrece bucătică cu bucătică, până când, în cele din urmă, este posibil ca starea să se disipeze și lumea interioară a copilului să revină la viață.

Există și alte tipuri de depresie, acelea ale persoanelor schizoide. Acestea au legătură mai degrabă cu depersonalizarea, decât cu mecanismul mai normal al controlului magic cu scop tămăduitor. Starea de depresie pe care o descriu este strâns legată de doliul normal și de întregul subiect al reacției la pier-

dere.¹ La început, în pruncie, înțărirea este ceva ce capătă un înțeles după (și nu înainte) ce bebelușul a atins poziția depresivă.

Ca rezultat al succesului acțiunilor și ideilor reparative, bebelușul devine mai îndrăzneț, în a permite noi experiențe pulsionale; inhibiția este diminuată, iar acest lucru duce la rezultate mai bogate ale experiențelor pulsionale. Există astfel o sarcină mai grea pentru următoarea fază digestivă sau contemplativă, dar cu norocul unei îngrijiri materne continue și personale apare o capacitate mai mare de reparare, și astfel urmează un nou nivel al libertății experiențelor pulsionale. De fapt se stabilește un cerc benign care formează fundamentul vieții bebelușului pentru o perioadă considerabilă de timp.

Se poate aprecia cu ușurință cât de importantă este, în acest stadiu, continuitatea relației dintre bebeluș și mama reală (sau substitutul mamei). În cadrul unei instituții, unde „mama” care hrănește bebelușul dimineața nu este aceeași cu „mama” care-l îmbrăiază și gestionează seara, capacitatea de zi cu zi a bebelușului de a face reparație se pierde, iar cercul benign nu se stabilește. Încă și mai rău, acolo unde însăși hrănirea este impersonală și mecanică (iar acest lucru se poate întâmpla chiar în căminul real al unui copil), nu există loc pentru dezvoltarea care este descrisă în diagrama 1 din pagina următoare.

Dezvoltarea capacității de îngrijorare este deci o chestiune complexă și depinde de o relație personală continuă între un bebeluș și o figură maternă.

Trăsătura notabilă a acestei teorii a cercului benign în cadrul poziției depresive este că explică în mod satisfăcător faptul că, în cazul unei dezvoltări sănătoase, pentru individul aflat în dezvoltare este posibilă o recunoaștere relativ completă a factorilor agresivi și distructivi din iubirea pulsională și fantasmele ei. Trebuie reamintit că în pruncie există o capacitate foarte limitată pentru reparația propriu-zisă în afara ac-

¹ Această parte a teoriei psihanalitice a fost dezvoltată pornind de la lucrarea lui Freud *Doliu și melancolie*.

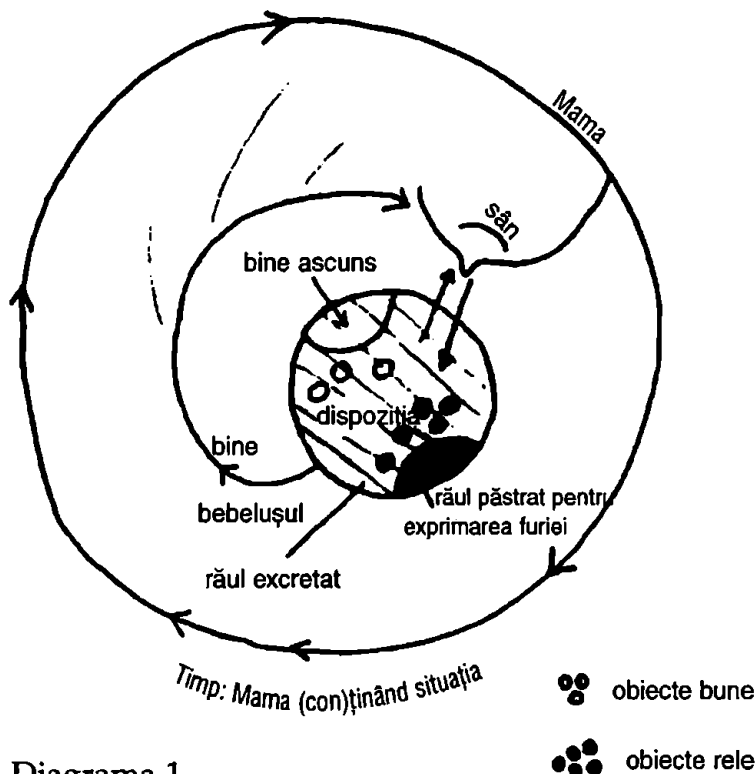


Diagrama 1

ceptării prompte de către mamă a darului simbolic, în comparație cu capacitatea adulților de contribuție socială prin intermediul muncii. În același timp, impulsurile agresive și distructive ale bebelușilor nu sunt cu nimic mai prejos decât cele ale adulților. Din acest fapt s-ar putea deduce, dacă nu s-ar ști deja, că bebelușii sunt mai dependenți decât adulții de iubirea pe care le-o acordă ceilalți, astfel încât un zâmbet sau un simplu gest are un efect echivalent cu munca de o zi a unui adult.

Pentru a repeta ceea ce s-a spus până aici, nu este posibil pentru o ființă umană să reziste distructivității inerente din relațiile umane, adică din iubirea pulsională, decât printr-o dez-

voltare treptată asociată cu experiența reparației și restituției. Dacă apare o întrerupere în cercul benign, atunci

- (1) pulsiunea (sau capacitatea de a iubi) trebuie să devină inhibată
- (2) trebuie să reapară o disociere între bebelușul care este excitat și același bebeluș atunci când este liniștit
- (3) sentimentul de liniștire nu mai este disponibil și
- (4) capacitatea de joacă constructivă (și munca echivalentă) se pierde.

De fapt, potența și acceptarea potenței nu trebuie descrise doar în termenii dezvoltării pulsionale. În descrierea teoretică a dezvoltării capacității sexuale este insuficient să se vorbească doar în termenii progresiei predominării pulsionale, de vreme ce speranța cu privire la recuperarea după vinovăția datorată ideilor distructive este un element indispensabil în potență.¹

Natura impulsurilor și ideilor distructive va fi discutată ulterior. Impulsul primitiv de iubire este probabil distructiv ca țel sau distructivitatea apare datorită frustrărilor inevitabile care interferează cu satisfacția imediată (vezi pp. 102-103, 161-164).

Așa-numita „poziție depresivă” nu este nicidecum o chestiune care-i afectează doar pe teoreticieni sau pe psihoterapeuți. Părinții și învățătorii sunt foarte preocupați de acest proces al stabilirii cercului benign. Este adevărat că procesul debutează când bebelușul are numai câteva luni și atunci mama este aceea care conține situația originală, făcând asta în mod natural și bine, de fapt abia conștientizând ce face. Dar acest mecanism vital al creșterii continuă, iar învățătorul care-i oferă copilului uneltele și tehnicile necesare pentru joacă și munca constructivă și care furnizează un țel efortului prin aprecierea personală se află în aceeași poziție de importanță sau necesitate, ca și cel care are grijă de un bebeluș. Cel care îngrijeș-

¹ Vezi Klein [1932, 1934]; de asemenea, D.K. Henderson și R.D. Gillespie: [1940]: potența (temporar) suspendată datorită stării depresive.

te copilul, și învățătorul aproape în aceeași măsură este disponibil pentru a primi gestul spontan de iubire al bebelușului, care neutralizează îngrijorarea, remușcările, vinovăția acestuia, ținând de ideile care apăruseră în apogeul experienței pulsionale¹ (Acest lucru va fi reexaminat în cadrul studiului influențelor mediului, p. 183 și urm.)

În urma acceptării poziției depresive (oricum ar fi numită ea) în cadrul construcției teoretice, emerg noi și importante moduri de a continua descrierea naturii umane.

Înăuntrul bebelușului, sau lumea lui interioară, sau realitatea internă, este alcătuit din trei elemente:

- (1) Experiențele pulsionale propriu-zise
 - a. satisfăcătoare bine
 - b. nesatisfăcătoare, complicate
de furie în fața frustrărilor rău
- (2) Obiecte încorporate (experiența pulsională)
 - a. din iubire bine
 - b. din ură rău
- (3) Obiecte sau experiențe încorporate în mod magic
 - a. pentru control rău potențial
 - b. pentru folosirea lor în vederea îmbogățirii
sau pentru control bine potențial

Nici o schiță nu este satisfăcătoare decât temporar pentru persoana care o face, și fiecare cititor care este înclinat să procedeze astfel va face o schiță care descrie în mod particular propriul punct de vedere unic asupra subiectului în discuție.

Iată niște schițe pe care eu le consider folositoare în munca practică (diagrama 2 din pagina următoare).

¹ Pentru a fi corect față de anumiți psihanalisti, trebuie să spun că mulți nu sunt în favoarea folosirii conceptului de poziție depresivă. Este bine cunoscut că un analist de frunte (Edward Glover) este atât de convins că ideea de poziție depresivă reprezintă un fals pas înainte, încât s-a retras din Societatea Psihanalitică Britanică, deși și-a păstrat titlul de membru direct al Societății Psihanalitice Internaționale.

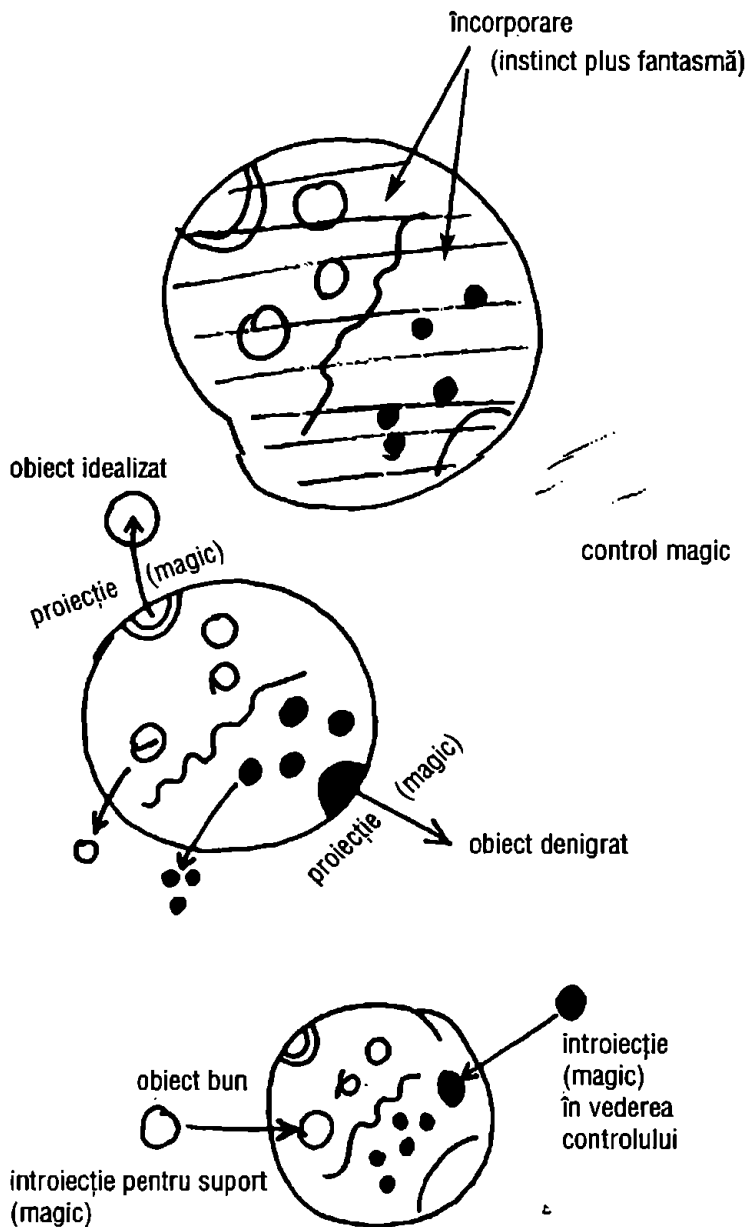


Diagrama 2

Se va observa că rezultatul încorporării funcționale a „sânului bun” este reprezentat de o creștere nespecifică, generală a binelui dinăuntru. Pe de altă parte, „sânul bun” introiectat (recognoscibil) este dovada unei idealizări anterioare, iar introiecția este magică și nu parte a experienței pulsionale. Aici avem o lecție importantă pentru învățătoare, de vreme ce, dacă are succes în munca ei, nu va putea fi recunoscută în elevii ei — care, ca să spunem așa, au încorporat-o pe ea și lecțiile ei și și le vor fi însușit. Prin comparație, poate exista un grad de introiecție magică a ei și a celor predate de ea în urma unei idealizări, iar acest lucru poate părea destul de drăguț, dar dezavantajul este că elevii nu au crescut în adevăratul sens al cuvântului. În mod obișnuit, într-o clasă există o combinație fericită între aceste două feluri de predare și învățare.

În timpul perioadei de contemplare (posthrănire) există o înghețare a pulsiunilor și o nevoie de control extern asupra ingerințelor mediului. Întoarcerea către înăuntru din faza hipochondriacă produce vulnerabilitate, iar acest lucru înseamnă că, pentru ca această fază să fie posibilă, trebuie să existe o gestionare îndeajuns de bună.

Înăuntrul unei persoane acționează niște forțe teribile atunci când, ca la indivizii sănătoși, vitalitatea acestora este completă. Pentru a întrezări ceva din sarcina separării care urmează experienței pulsionale, trebuie să ne referim la munca artiștilor care (datorită excepționalei lor tehnici și încrederi în munca lor) devin capabili să riște aproape întreaga forță care există în natura umană. Un cvartet de coarde din perioada târzie a lui Beethoven, ilustrațiile lui Blake pentru Iov, un roman de Dostoievski, o istorie politică a Angliei, aceste lucruri ne arată ceva din complexitatea lumii interioare, din întreteserea dintre bine și rău, din rezerva de bine, din controlul și în același timp completa recunoaștere a răului. Aceste lucruri debutează în plină forță în cadrul lumii interioare a bebelușului (localizată de către acesta în burtă), deși, bineînțeles, este adevărat că în decursul timpului, pe măsură ce experiența vieții devine mai bogată, lumea interioară devine și ea din ce în ce mai

bogată în conținut. Totuși forțele fundamentale și conflictul sunt prezente de la începuturi, din momentul în care experiențele pulsionale constituie destinul bebelușului.

Treptat, din lumea interioară se ivește un anumit model, se creează ordine din haos. Acest travaliu nu este mintal sau intelectual, ci este o sarcină a psihicului. Este strâns legat de sarcina digestiei, sarcină care este, de asemenea, efectuată în afara înțelegerii intelectuale. Înțelegerea intelectuală poate apărea după aceea sau nu.

Bebeluşul care a atins o stabilitate în acest stadiu este acum capabil să scape de anumite lucruri, să păstreze altele, să ofere unele din iubire și altele din ură. De asemenea, datorită proceselor de separare internă, poate fi permisă un fel de continuare a existenței, dar o existență înăuntrul psihicului (imaginat ca fiind în burtă). Începând din acest moment creșterea nu mai privește doar corpul și sinele în relație cu obiectele atât din afară, cât și dinăuntru; ci este și o creștere care se desfășoară înăuntru, ca un roman ce se scrie continuu, o lume ce se dezvoltă înăuntrul copilului. La indivizii sănătoși, există o mulțime de posibilități de schimburi reciproce între această viață din lumea interioară și lumea exterioară a vieții și a relațiilor. Fiecare o îmbogățește pe cealaltă. (Ce se petrece în cazul sănătății imperfecte va fi descris ulterior. Vezi pp. 105 și urm. și 120 și urm.)

POZIȚIA	A. Toată dezvoltarea anterioară este considerată ca fiind de la sine înțeleasă:
DEPRESIVĂ:	
RECAPITULARE	B. Bebeluşul sau copilul începe, din când în când, să-și simtă sinele ca fiind de dimensiuni limitate:

C. Sinele devine din ce în ce mai ferm perceput ca o unitate:

D. Un obiect exterior sinelui este simțit ca fiind un lucru întreg:

Δ

E. Acest sentiment al întregirii sinelui se referă în același timp atât la corp, cât și la psihic, astfel încât în cercul desenat

de un copil ca autoportret nu există nici o diferențiere între corp și psihic:

(Presupun tot timpul existența unei persoane-mamă care conține situația, zi de zi, săptămână de săptămână.)

F. Adăugați acestei întregimi de tip spațial o tendință similară către unificarea sinelui în timp, către unirea trecutului, prezentului și viitorului:

G. Scena este acum pregătită pentru o relație care are trășături noi, noi prin aceea că bebelușul sau copilul a devenit capabil să aibă experiențe și să fie modificat de ele, păstrându-și în același timp integritatea personală, individualitatea, ființa.

H. Fazele excitate din cadrul relațiilor, implicând pulsioni, testează structura nou-dezvoltată, și mai ales atunci când bebelușul care este într-o stare liniștită între excitații contemplă rezultatele acțiunilor și ideilor excitate.

I. Bebelușul devine *îngrijorat*, și asta în două feluri:

1. Îngrijorare cu privire la obiectul iubirii excitate.
2. Îngrijorare cu privire la rezultatele din cadrul sinelui ale experiențelor excitate.

Acestea două sunt interrelaționate, deoarece doar în măsura în care bebelușul devine capabil să dezvolte un sine structural, cu o bogăție interioară, obiectul iubit este simțit și ca fiind o persoană structurată și valoroasă.

J. Îngrijorarea cu privire la obiectul iubit apare datorită elementelor lacome, distructive, agresive din cadrul impulsului primitiv de iubire care devine treptat asimilat în sinele întreg (alăturându-se în timp personalității). Acum copilul devine responsabil pentru ceea ce s-a întâmplat în decursul ultimei mese și pentru ceea ce se va întâmpla în decursul următoarei.

Impulsul primitiv era neîndurător, din punctul de vedere al observatorului. Pentru bebeluș, impulsul primitiv este pre-îndurare, și va fi perceput drept neîndurător abia când copilul se integrează în cele din urmă ca persoană întreagă răspunzătoare și privește înapoi. De la dobândirea integrării (și nu mai devreme) copilul controlează impulsurile pulsionale datorită neîndurării amenințătoare, care produce vinovăție intolerabilă — adică recunoașterea elementului distructiv din cadrul ideii excitate primitive rudimentare.¹

Vinovăția cu privire la impulsurile de iubire primitive este un succes al dezvoltării; este prea greu de îndurat pentru bebelușul uman altfel decât printr-un proces treptat ulterior stabilirii cercului benign care a fost descris. Chiar și așa, impulsul primitiv de iubire continuă să furnizeze fundamentul dificultăților inerente în viață, adică dificultăților care aparțin oamenilor sănătoși, și mai mult celor sănătoși decât celor care nu au fost capabili să atingă „poziția depresivă” în dezvoltare, aceea care face posibilă experiența completă a îngrijorării. Psihoticii, cei cu tulburări derivate dintr-un nivel încă și mai timpuriu și mai fundamental, își au dificultățile și problemele lor, iar acestea sunt în mod special enervante din cauza faptului de a nu fi inerente, de a nu fi atât parte din viață, cât parte dintr-o luptă de a ajunge la viață — tratamentul reușit al unui psihotic îi permite pacientului să înceapă să trăiască și să înceapă să experimenteze dificultățile inerente vieții.

¹ Este considerat de mulți că impulsul excitat primar nu este distructiv, ci că distructivitatea intră în elaborarea imaginară prin furia la frustrare. Partea esențială a acestei teorii totuși este cea privitoare la omnipotența bebelușului, astfel încât rezultatul este același. Bebelușul devine furios, de vreme ce adaptarea la nevoi nu este niciodată completă. Cu toate acestea, eu personal consider că această teorie, deși este corectă, nu este fundamentală, de vreme ce această furie la frustrare nu este destul de timpurie. În prezent, consider că este nevoie să presupun că există un impuls în mod primar agresiv și distructiv, care este de nedistins de iubirea pulsională adecvată celui mai timpuriu stadiu al dezvoltării bebelușului.

[Adăugat] 1970. N.B. Acesta este motivul pentru care nu am putut să public această carte. Chestiunea s-a rezolvat de la sine, pentru mine, în „Folosirea obiectului” [în D.W. Winnicott: *Playing and Reality*].

Probabil cea mai mare suferință din lumea umană este suferința persoanelor normale sau sănătoase, sau mature. Acest lucru nu este în general recunoscut. Cu siguranță, observarea perplexității, nenorocirii și durerii manifeste într-un spital de boli mintale ne îndrumă greșit. Cu toate acestea, este uzual să fie evaluate gradele de suferință în acest mod superficial.

K. Îngrijorare cu privire la rezultatele din cadrul sinelui ale experiențelor pulsionale.

REFULAREA Conceptul de refulare, care este esențial
RECONSIDERATĂ în teoria naturii umane formulate în funcție de evoluția predominării pulsionale, devine acum ceva ce putem ilustra folosind propria imaginație a bebelușului. Putem afirma că anumite obiecte încorporate, sau relații între obiecte, sau anumite experiențe introiectate devin (ca și cum ar fi) *închistate*, înconjurată de forțe defensive puternice care le împiedică să devină asimilate sau să capete o existență liberă printre celelalte lucruri care sunt înăuntru.

Bebeluşul sau copilul nu se eliberează niciodată de îndoiala cu privire la sine, de vreme ce această sarcină de a separa și redistribui nu este niciodată terminată, și ce se întâmplă să fie terminat este deranjat de următoarea experiență pulsională.

Deci există o îmbogățire a fantasmelor cu fiecare nouă experiență și o fortificare a sentimentului realității experienței. Atunci când corpul este implicat în experiențe, folosim termeni ca „încorporare” și „excreție” și „evacuare”, termeni care presupun o funcție corporală și o elaborare psihică. Atunci când pericolul dinspre situația internă este mare, nu pot fi așteptate posibilități oferite de realitatea externă pentru exprimarea funcțională sau pulsională, iar atunci trebuie folosite cu atât mai multe procese magice, pentru care folosim termenii de „introiecție” și „proiecție”.

**GESTIONAREA
OBIECTELOR ȘI
FORȚELOR RELE** Fenomenele interne rele care nu mai pot fi contracarate, controlate sau expulzate devin supărătoare. Devin persecutori interni și sunt percepute de către copil ca o amenințare venind dinăuntru. Asta se transformă cu ușurință în durere. Poate că o durere datorată unei boli somatice este investită cu anumite proprietăți numite persecutorii. Pot fi suportate dureri extrem de mari atunci când sunt separate de ideea forțelor sau obiectelor interne rele și, pe de altă parte, atunci când există o stare de așteptare a unei persecuții dinăuntru, niște tulburări foarte mici sau senzații corporale pot fi percepute ca durere; cu alte cuvinte, apare un prag scăzut al toleranței la durere.

Elementele persecutorii pot deveni intolerabile, iar atunci sunt proiectate, descoperite în lumea externă. Fie există o anumită capacitate de tolerare, caz în care copilul așteaptă o situație în care există o persecuție reală oarecare din afară și atunci o percepe într-un mod exagerat, fie nu există deloc toleranță și copilul halucinează un obiect rău sau persecutor; adică persecutorul este proiectat în mod magic și este descoperit în afara sinelui în mod iluzoriu. Astfel, atunci când există o așteptare a unei persecuții, persecuția propriu-zisă aduce ușurare, această ușurare datorându-se faptului că astfel nu este nevoie ca individul să se simtă delirant sau nebun. Clinic, întâlnim frecvent două stări care alternează, și anume: persecuția internă (o anumită stare intolerabilă cu sau fără un fundament într-un proces patologic corporal) și delirul persecuției externe, însoțită de o ușurare temporară a durerii interne sau fizice.

Există o stare clinică în care copilul se află, ca să spunem așa, la jumătatea drumului între a putea și a nu putea să se elibereze de obiectele rele prin excreție, fiindu-i mult prea teamă de elementul persecutor conținut în fecale pentru a putea duce la bun sfârșit acest proces. Simptomul manifest este de obicei constipația, fecalele (care, fiind reținute în rect, se întăresc prin deshidratare) reprezentând persecutorul. Nu se știa în mo-

mentul în care această teorie a fost avansată pentru prima oară¹ că persecutorul începe să persecute încă din burtă și de fapt își derivă calitatea persecutorie din impulsul sadic oral.

Se întâmplă adesea ca părinților (și doctorilor și asistentelelor) să le fie teamă de fecale. Această teamă se manifestă printr-o evacuare persistentă a rectului copiilor, fie cu ajutorul laxativelor, fie prin supozitoare sau spălături. Unui copil astfel tratat nu îi rămâne nici o posibilitate să accepte ideile persecutorii într-un mod natural. De asemenea, acțiunile părinților pot ușor produce o suprastimulare anală; astfel, anusul devine supraaccentuat ca organ erotic și preia erotismul care aparține gurii. În aceste condiții, anusul poate deveni mai important pentru proprietar ca organ receptiv excitabil decât în calitate de canal de trecere și evacuare a materialului care nu mai este folositor și a devenit potențial persecutor.

Bine cunoscutul interes al copilului pentru fecale, și deci pentru substitute ale acestora, pentru destinul fecalelor și pentru sistemele de drenare în general derivă din calitatea potențial persecutorie a fecalelor. Un echivalent al acestor lucruri poate fi exprimat și în termenii funcției urinare.

În cele din urmă, când se instalează funcția genitală completă, sperma poate fi echivalată cu o potențială persecuție; dacă se întâmplă astfel, trebuie evacuată ori va răni corpul pe dinăuntru. Atunci sperma este rea și în nici un caz nu-l poate face pe bărbat să se simtă capabil să determine conceperea unui copil înăuntrul femeii iubite (chiar și atunci când în realitate acest lucru s-a întâmplat, iar copilul sănătos rezultat se află acolo, în fața ochilor lui). Această tulburare într-un grad scăzut explică preocuparea unui bărbat sănătos cu privire la femeia pe care a impregnat-o, cu alte cuvinte, sentimentul lui de paternitate.

În cazul femeii, echivalentul acestor lucruri este sentimentul că bărbatul nu are nimic de oferit, decât elementele persecutorii de care se teme, iar ea nu poate decât să încerce să nu fie folosită în eforturile bărbatului de a scăpa de lucrurile rele.

¹ [J.H.W.van Ophuijsen: (1920) *On the Origin of the Feeling of Persecution.*]

Aceasta este modalitatea în care reziduurile conflictelor interne nerezolvate pot interfera cu capacitatea sexuală.

COMPLEXITATEA ȘI BOGĂȚIA INTERIOARĂ Lumea interioară poate fi acum percepută ca putând deveni infinit de bogată, dar probabil nu infinit de complexă; complexitatea este ceva ce se dezvoltă în mod natural și care are o temelie simplă.

Examinarea modalităților în care lumea interioară este afectată de psihoterapia de un fel sau altul poate arunca o lumină interesantă asupra funcționării lumii interioare și asupra relației individului cu aceasta.

„Poziția depresivă” prezintă interes pentru toți cei care se ocupă cu ființa umană, indiferent de vârstă. De asemenea, aceste chestiuni care țin de dezvoltarea emoțională foarte timpurie nu reprezintă numai fenomene de interes teoretic, ci sunt chestiuni care reprezintă și vor reprezenta sarcina fiecărei ființe umane de-a lungul întregii ei vieți. Sarcinile rămân aceleași, dar, pe măsură ce ființa [umană] crește și se dezvoltă, există din ce în ce mai mult un individ angajat în adevărata luptă care este viața.^{1, 2}

¹ [În acest punct, a fost găsită o notă în manuscris:]

Înțărcatul Include o lucrare aici despre înțărcat

[Probabil că nota se referea la capitolul despre „Înțărcat” (1949), acum aflat în cartea *The Child, the Family and the Outside World*.]

² [O notă pe marginea acestui paragraf spunea „rescrie”.]

Dezvoltarea temei lumii interioare

INTRODUCERE

In această descriere, lumea interioară este lumea personală, în măsura în care, în fantasmă, este menținută între granițele Eului — și înăuntrul pielii corpului. Această lume internă poate fi acum examinată ca un lucru în sine, cu toate că în viață, bineînțeles, lumea interioară a unei persoane este tot timpul subiect al unor schimbări în funcție de evenimentele din cadrul relațiilor externe ale acelei persoane și în funcție de impulsurile pulsionale care-și ating punctul culminant, sau care reușesc doar parțial, sau care eșuează complet în a obține gratificarea.

Lumea interioară ajunge să posede o stabilitate proprie, dar schimbările din ea sunt legate de experiențele întregului sine din relațiile externe. Experiențele nesatisfăcătoare¹ duc la existența și fortificarea lucrurilor și forțelor, percepute ca fiind rele înăuntru. Acestea, până în momentul în care vor fi legate, controlate sau eliminate, sunt persecutorii interni. Copilul cunoaște existența și amenințarea lor prin intermediul unui sentiment de durere ori boală sau al scăderii pragului sensibilității la disconfort senzorial.

¹ Înțelesul cuvântului „nesatisfăcător” de aici va fi discutat mai târziu (vezi pp. 134 și urm. și 155 și urm.).

MODUL DE VIAȚĂ Grupările de persecutori care constituie o **PARANOID** prea mare amenințare și care nu pot aștepta excreția (legată de experiența pulsională) trebuie eliminate prin proiecție, adică în mod magic. Dacă există ceva ce poate fi perceput ca fiind rău în lumea externă imediată, acest lucru va deveni persecutorul, iar sistemul paranoid al copilului va fi ascuns în reacția la amenințarea reală externă. Dacă nu este disponibil nimic rău, atunci copilul va trebui să halucineze un element persecutor și să delireze despre rezultatele persecuției. Indivizii învață treptat cum să determine lumea să-i persecute, astfel încât ei să poată obține ușurare în privința persecuției interne fără nebunia unui delir.

Este interesant de observat cât de timpuriu poate modul paranoid de viață să se manifeste clinic. Condiția persecuției așteptate se poate dezvolta după ce un copil a trăit câțiva ani de viață fără tendințe persecutorii evidente; într-un astfel de caz totuși, va exista o anumită mare traumă pentru a explica schimbarea — o comotie, o operație mastoidă — o coincidență întâmplătoare a doi sau trei factori adversi. Este totuși posibil adeseori să se pună un diagnostic cu certitudine încă din pruncie.

Un punct de debut există de obicei în mod clar în anamneză, dar sensibilitatea la persecuție, suspiciunea și ostilitatea sunt nu rareori prezente încă de la începuturi, atunci când mama a eșuat (probabil nu din cauza unei greșeli proprii) în prima stabilire a unei relații și în primele eforturi de a prezenta bebelușului lumea.¹

Mulți bebeluși care prezintă ceva ce seamănă cu o dispoziție hipersensibilă sunt aduși la o anumită încredere în lume prin intermediul unei îngrijiri prelungite și excepțional de adaptate; și este adesea posibil, chiar și în cazul copiilor mai mari cu așteptări persecutorii, să se determine o ameliorare a stării printr-o gestionare specializată.

În psihoterapie, schimbările profunde necesare apar datorită eliberării sadismului oral de sub refulare; acest lucru se

¹ Vezi mai încolo, pp. 134 și urm. și 155 și urm.

poate întâmpla doar într-un tratament analitic personal intensiv.

DEPRESIA ȘI
„POZIȚIA
DEPRESIVĂ”

Depresia, ca stare, are multiple cauze:
(1) Pierderea vitalității datorită controlului
pulsiiunilor din primele momente de uni-
re — dintr-o stare disociată într-o unitate.

(2) Îndoiala obișnuită, sănătoasă, starea conștiinței de sine ulterioară unei experiențe pulsionale, înainte ca o perioadă de timp și contemplare să facă posibilă separarea binelui de rău și crearea unui model temporar de gestionare a fenomenelor și forțelor și obiectelor interne.

(3) Depresia care apare ca stare atunci când îndoiala cu privire la fenomenele interne este prea mare, astfel încât este adoptată ca apărare o diminuare necontrolată a întregii vieți a lumii interioare. Acest lucru este o exagerare a punctului (2), ducând până la o stare patologică.

Trebuie observat că există și alte înțelesuri extrem de importante ale termenului clinic de „depresie”, iar conceptul de așa-numită „poziție depresivă” ca stadiu al dezvoltării normale nu este util în elucidarea depresiei (de exemplu) care ține de depersonalizare.

Depresia în pruncie este un fenomen clinic care a fost bine descris și nu este neobișnuit; există totuși anumite maladii somatice destul de rare care trebuie luate în considerare în cadrul diagnosticului diferențial (maladia lui Pink¹, de exemplu).

Klein (din punctul meu de vedere) nu a afirmat că bebelușii devin deprimați în mod normal, adică nu intră într-o stare clinică de depresie, cu toate că știa că, în condițiile unei boli, poate să se întâmple așa. A susținut că totuși capacitatea de a deveni deprimat, de a avea o depresie reactivă, de a face do-

¹ [Intoxicația cu plumb.]

liu unei pierderi nu este ceva înnăscut și nici nu este o boală; apare ca rezultat al unei creșteri emoționale sănătoase, și există un moment în cadrul dezvoltării oricărui bebeluș sănătos când se poate spune că această capacitate a apărut. Denumirea de „poziție depresivă în dezvoltarea emoțională” a fost acordată acestui stadiu al dezvoltării, și dacă se poate găsi o denumire mai bună, se va folosi aceea. Ceea ce este important este noua capacitate a bebelușului sau a individului de a accepta responsabilitatea pentru țelul distructiv din impulsul total de iubire, incluzând furia la frustrarea care este inevitabilă din pricina omnipotenței cererilor bebelușului.

APĂRAREA MANIACALĂ

Pentru o dezvoltare sănătoasă sunt esențiale o anumită seriozitate, o îndoială cu privire la sine, o nevoie de perioade de contemplare și o predispoziție la faze temporare de desperare. Aceste condiții pot fi transformate temporar într-un fel de contrariu, ca o vacanță care este opusul muncii.

La indivizii sănătoși, depresia este potențială și se află în miezul personalității și este o dovadă a sănătății. Această depresie se manifestă printr-o anumită capacitate pentru seriozitate și, de asemenea, prin îndoieli care pot lua cu ușurință forma unei vagi sănătăți imperfecte fizice. Se manifestă și sub forma unei depresii negate, ascunsă într-o fericire și o activitate fără odihnă și o vioiciune generală, care sunt asociate în mintea noastră cu ideea copilăriei timpurii. Astfel, în mod normal, în totalitatea vieții unui copil, oscilația maniaco-depresivă se regăsește în du-te-vino-ul vioiciunii copilăriei punctat de momente de nefericire acută sau în frustrarea întreruptă de faze de bucurie acută.

Starea deprimată apare rar ca atare, cu excepția cazurilor speciale ale copiilor cu carențe afective. În mod obișnuit, depresia se ascunde sub un anumit tip de indispoziție, care este întâmpinată de solicitudinea mamei. Negarea depresiei se ascunde sub exagerarea vioiciunii. Cel mai frecvent diagnostic într-o clinică pediatrică este cel de stare de „agitație anxioasă comună”, care corespunde condiției de „hipomanie” la adulți

și care semnalizează negarea depresiei centrale. Se poate spune că este amenințată dobândirea capacității de depresie, iar copilul reușește să mențină capacitatea prin organizarea negării ei. Alternativa ar fi o serioasă reîntoarcere în dezvoltarea emoțională, până la o stare care exista înainte de integrare, și deci înainte de dobândirea „poziției depresive”; cu alte cuvinte, neburie.

Când observăm copii mai mari, întâlnim boala maniaco-depresivă organizată, care seamănă mult mai mult cu cea care apare la adulți; dar aici întâlnim ceva neobișnuit, și anume boala organizată. Agitația anxioasă comună (hipomania) este (prin comparație) o stare clinică ce se poate manifesta la aproape orice copil normal și nu posedă nici o limită netă între ea și bine cunoscuta predispoziție din pruncie și copilăria timpurie, o perioadă din viață în care lacrimile sunt amestecate cu mare bucurie, iar bucuria este temperată de supărare.

Faptul central negat în apărarea maniacală este moartea din lumea interioară sau o apatie atotcuprinzătoare; iar accentul, în apărarea maniacală, este pus asupra vieții, vioiciunii, negării morții ca realitate fundamentală a vieții.

O înțelegere a relației dintre oscilațiile stărilor și miezul central al capacității pentru îngrijorare din personalitate este foarte valoroasă în înțelegerea comportamentului obișnuit al copiilor, atât acasă, cât și la școală.

Diferite tipuri de material psihoterapeutic

Intr-o psihanaliză, terapeutul este tot timpul la pândă pentru indicații cu privire la sursa principală a materialului prezentat pentru interpretare.¹

În acest punct, îi poate fi de ajutor cititorului o trecere în revistă a tipurilor de material prezentat de pacienți în analiză. Aceste tipuri pot fi separate, deși în conducerea unui tratament, analistul este întotdeauna pregătit pentru un amestec al acestora. În primul rând este necesară indicarea modului în care debutează un tratament, astfel încât să devină net diferențiat de o terapie prin joc și de activitățile de grup de toate felurile. Într-o psihanaliză (în afara analizei adaptate nevoilor unui pacient psihotic), tratamentul începe în momentul în care este făcută prima interpretare care conștientizează un anumit element din materialul prezentat, care era capabil de prezentare, și cu toate acestea încă nu era complet acceptat de către pacient.

De exemplu, un băiețel de 3 ani ia trei cărămizi și face un tunel, iar apoi ia două trenuri și le face să se ciocnească în tunel; interpretare: înăuntrul tău oamenii se întâlnesc, și tu îi (con)ții și îi faci să se lovească sau îi menții la distanță; îmi spui despre mama și tatăl tău și despre modul în care se iubesc sau

¹ *Notă pentru revizie:* psihanaliza începe cu pacientul + → dezvoltă temele procesului inconștient de cooperare, creșterii și folosirii intimității, dezvoltării de sine, „surprizelor”.

se ceartă și tu pari dat complet la o parte. (Băiețelului i s-a declanșat un atac acut de astm atunci când a lovit trenurile între ele, iar interpretarea, oferită în acest caz la trei minute de la începutul analizei, a calmat imediat atacul de astm.) Se va observa că aceasta nu a fost o interpretare a transferului; ca analist, pur și simplu am profitat, în acest moment timpuriu, de încrederea în oamenii pe care băiețelul a adus-o cu el. Băiețelul a adus în tratament anumite așteptări bazate pe atitudinile părinților cu care era deja obișnuit și de asemenea probabil influențat de către ceea ce îi fusese spus cu privire la venirea lui la tratament. Cu toate acestea, o dată ce am făcut această interpretare, tratamentul a început și tot materialul ulterior a fost influențat de faptul că eu am intrat în viața băiețelului ca o ființă umană care poate exprima lucrurile în cuvinte, care se poate descurca în mod obiectiv cu situația care este plină de sentimente, care poate tolera un conflict și care poate înțelege ce este gata în pacient să devină conștient și deci acceptabil ca fenomen al sinelui.

În acest caz particular, dacă nu s-ar fi făcut interpretarea, copilul ar fi mers acasă cu atacul de astm, iar tratamentul ar fi eșuat de la început. În multe cazuri totuși, nu există nici o grabă; copilul are o idee despre venirea la tratament, care poate fi folosită de către analist în timp ce adună informații treptat înainte de a decide ce tip de interpretare va pune cel mai bine în mișcare travaliul profund al tratamentului.

Cooperarea pacientului este în principal inconștientă, dar tipul de material prezentat depinde de limbajul analistului. Pacientul (indiferent cât de mic) apreciază modul în care analistul lucrează cel mai ușor și poate fi cel mai ușor păcălit.

Materialul unei analize (de adulți sau de copii) poate fi în linii mari clasificat în tipuri:¹

- (1) Relații externe ca între persoane întregi.
- (2) Mostre ale lumii interioare și variații pe tema vieții fantasmatică plasate fie înăuntru, fie în afară.

¹ Notă pentru revizie: adaugă clasificarea în funcție de mediu.

- (3) Material intelectualizat în termeni în care poate fi efectuat un travaliu, dar acest travaliu trebuie repetat sub altă formă, cu sentimente în el, în relația de transfer.
- (4) Material indicând în principal slăbiciunea structurală a Eului, și amenințarea pierderii capacității de relație, și amenințarea derealizării și depersonalizării.

(1) Analiza acestui material se desfășoară în linia limbajului primei mele secțiuni, cu interpretări ale conștientului în stare născândă din situația de transfer; materialul analizei este reprezentat de experiențele pulsionale și fantezmele care sunt elaborate în jurul funcției somatice, iar țelul analistului este o diminuare cantitativă a travaliului refulării. Condițiile speciale ale cadrului analitic îi permit pacientului să organizeze și să socializeze noul potențial care rezultă atunci când travaliul refulării este diminuat.

Ca un exemplu pentru acest tip de material, iau un detaliu din analiza aceluiași băiețel. Într-o anumită ocazie, a urcat treptele până la cabinet, avertizându-mă „Eu sunt Dumnezeu”. Am știut deci că trebuia să mă aștept să fiu folosit ca persoană rea care ar trebui să fie pedepsită. Intensitatea sentimentului era teribilă. În curând manevrase situația de asemenea manieră, încât stătea pe o masă în mijlocul camerei, iar eu mă aflam destul de departe de el ca să poată să mă păcălească. În pofida atenției speciale pe care a aveam, m-am trezit lovit între ochi cu un băț pe care-l găsisese pe undeva. Se identificase cu o persoană puternică și strictă din lumea sa interioară și mă folosisese pe mine pentru a se reprezenta pe sine ca fiu în triumful oedipian, iar eu trebuia să fiu omorât. Aici din nou trebuia făcută rapid o interpretare, înainte să apară considerații secundare, cum ar fi ideea că ar trebui să îi pară rău pentru că mă rănisese. În materialul propriu-zis nu exista loc pentru supărare sau vinovăție. Material similar de tip mai puțin anxios îmi arătase înțelesul exact a ceea ce se întâmplase în acest moment tensionat, iar în alte ocazii rolurile fuseseră inversate, astfel încât anxietatea lui fusese foarte mare. Se poate spune despre acest material, ca despre oricare altul, că într-o anumi-

tă măsură reprezenta o mostră a vieții lumii interioare. Cu toate acestea, în principal reprezenta o expresie a fantasmei inconștiente din cadrul relației interpersonale în care atât eu, cât și el, eram persoane întregi.

(2) Voi lua ca exemplu al materialului ținând de lumea interioară prezentat în analiză joaca unui copil în care este folosită o masă, iar joaca este pentru moment îngăduită de limitele stabilite de masă. Este de la sine înțeles că există o întreagă lume nereprezentată în această mostră. Cu toate acestea, există o bucată de viață exprimată în această mostră ca și cum s-ar scrie un capitol al unui roman. Avem personaje bune și rele, ca și reprezentanți ai tuturor mecanismelor de apărare caracteristice lumii interioare a unui copil care a atins integrarea și a preluat responsabilitatea pentru colecția de amintiri și sentimente și pulsioni care constituie sinele. Poate că se întâmplă lucruri violente și limitele sunt încălcate, dar fragmentarea limitelor este importantă doar ca fenomen în sine. Adesea câte un copil va întuneca oarecum cabinetul, și va fi relativ evident că analistul se va afla înăuntrul lui, și se va afla acolo jucând un anumit rol, iar apoi un altul, în funcție de îndrumările copilului. Lumea este condusă de magie, iar controlul magic este reprezentat de îndrumările verbale ale copilului care controlează analistul și transfigurează obiectele din cameră și modifică regulile în funcție de capriciile lui. Când cabinetul este transformat în acest fel, astfel încât pereții să reprezinte limitele Eului copilului, într-o anumită măsură și lumea exterioară este modificată prin aceea că este exclusă. Nu există nici o tranziție facilă de la înăuntru înspre în afară, iar sfârșitul ședinței devine o chestiune ce necesită o gestionare abilă. În cazul unui copil retras, analistul intră într-o lume care este benignă în mod artificial, forțele și obiectele maligne fiind plasate în afară. Într-un astfel de caz, analistul este prins într-o serie nesfârșită de acțiuni magice, iar copilului i se pare ciudat că analistul nu știe ce se așteaptă de la el. Copilul poate zbura, și bineînțeles că de la analist se așteaptă să poarte copilul în jurul camerei și să-l depună sus în cuibul de pe dulap.

În afara cabinetului, în acest caz, se află toate forțele persecuției stând și așteptând, iar cel mai mic zgomot poate cauza teroare. O intruzie accidentală în cabinet a unei terțe persoane poate fi dezastruoasă, iar sfârșitul ședinței necesită un tratament foarte special. Acest material din lumea interioară este afectat de prezența analistului înăuntrul lui, mai ales în măsura în care analistul devine capabil să înțeleagă foarte repede ce este necesar, și astfel este capabil să acționeze conform nevoii copilului de control magic. Analistul care păstrează un grad de obiectivitate și un sentiment al realității pe care copilul le-a pierdut, în timp ce joacă diverse roluri într-un mod foarte sensibil în funcție de nevoile copilului, recunoaște atât nevoia de magic a acestuia, cât și nevoia de fapte ce aparțin realității exterioare. Prins în acest material al lumii interioare, analistul are un domeniu limitat pentru interpretarea fenomenelor pe care le întâlnește. Cu toate acestea, în cursul ședinței există ocazii în care detalii ale acestei lumi interioare pot fi legate de fenomene ale relațiilor externe ale copilului, fie din viața pulsională a copilului ca ființă umană întreagă, fie din viața pe care copilul a trăit-o în ultimele 24 de ore și a introdus-o.

Abia atunci când se joacă cu un copil care prezintă acest tip de material, analistul înțelege insuficiența termenului de „fantezie”, o insuficiență pe care analiștii au încercat să o ocolească folosind termenul de „fantasmă” pentru a sugera calitatea inconștientă a acesteia.¹ Acest lucru nu este totuși satisfăcător, mai ales în măsura în care fantezia nu este în întregime inconștientă. Termenul de „realitate psihică” exprimă înțelegerea analistului că fantezia prezentată de către pacient este reală în felul ei propriu și este foarte îndepărtată de ceea ce se numește fantasmare², care până la o anumită limită este sub control conștient și din care elementele nedorite sunt cernute. În materialul realității psihice nu este loc pentru negare,

¹ În engleză, în original, primul termen este „fantasy”, iar al doilea „phantasy”. (N. t.)

² În engleză, în original „fantasying”. (N. t.)

de vreme ce materialul care este eliminat trebuie totuși plasat undeva.

(3) Un exemplu de material intelectualizat ar fi fazele dintr-o analiză în care un copil, la fel ca un adult, aduce vise, pune întrebări și se așteaptă la o discuție obiectivă a situației. În unele analize, travaliul este efectuat în principal în acești termeni, mai ales în cazul adulților și adolescenților. Chiar și copiii mici îl folosesc pe analist în acest mod din când în când, dar acest travaliu este un travaliu pregătitor și folosește exprimarea mai directă care apare treptat și evident în jocul copilului mic. Diferența dintre analiza unui copil mic și cea a unui adult este că, în cazul copilului mic, cea mai mare parte a punerii în act se manifestă sub forma jocului din cadrul ședinței, în timp ce în cazul adultului punerea în act se poate manifesta aproape în întregime în viața adultului exterioară analizei, travaliul analizei efectuându-se verbal. Analistul este pregătit totuși pentru copilul mic din orice adult, așa cum este pregătit și pentru adultul din orice copil mic.

(4) Ca exemplu de material de joc care indică anxietate cu privire la structura Eului, ofer cazul unui băiat de 6 ani, ale cărui izbucniri maniacale indicau o dezintegrare violentă. A folosit o masă rotundă și a așezat căsuțe de-a lungul marginii, iar apoi a mai așezat un rând de căsuțe înăuntru. Înăuntrul celui de-al doilea rând, exista spațiu pentru puțină viață. S-ar fi putut interpreta detaliile acestei vieți, dar interpretarea principală s-a referit la supraaccentuarea corpului sau a limitei Eului. Corespunzător acestui lucru, băiatul dezvolta o personalitate foarte exagerată. Cu altă ocazie, a folosit multe compartimente ale poliței șemineului, plasând o mostră a vieții lumii interioare în fiecare compartiment, neexistând nici o relație permisă între ele (disocierea ca apărare).

O fată de 6 ani, care se afla în recuperare după o fază psihotică în care putusem să o ajut cu un an în urmă, a revenit în cabinetul meu la cererea ei, aducându-și sora cu ea. În timp ce sora a luat jucăriile și s-a jucat ca un copil obișnuit, această fată

care-mi fusese pacientă a făcut un șir lung de case, creând un drum care se întindea pe toată lățimea cabinetului meu. Am putut afla că ceea ce făcea era să unească casa mea cu a ei, care era cam la 10 mile distanță, și în același timp, să unească trecutul cu prezentul și să indice efortul pe care-l depusese pentru a menține o relație cu mine de-a lungul anului care trecuse de la sfârșitul tratamentului.

Materialul cu privire la sălășluirea psihicului în corp poate lua multe forme. Uneori corpul este rănit sau devine excitat sau este clar indicat în aranjamentul jocului. Un contact afectuos între pacient și analist poate deveni o trăsătură, și trebuie interpretat deoarece este produs cu un anumit scop, la fel ca orice alt material al unei analize. Simularea actului mănecării sau hrana adusă și consumată în realitate pot avea o anumită semnificație sau pot exista avansuri sexuale de tip mai direct. Copilul care a învățat să se aștepte la o interpretare a materialului prezentat devine uimitor de liber în a produce material de orice fel în funcție de necesitatea momentană.

Anxietatea ipohondriacă

Concepția teoreticianului despre ființa umană în termenii unei membrane limitante, cu un înăuntru și un în afară, este în același timp și o schiță pe care bebelușul ar putea-o face despre sine sau despre orice alt semen. Bebelușul este preocupat cu privire la înăuntru, și cu privire la fenomenele dinăuntru la care m-am referit, și este preocupat de corp și de psihic în același timp. Aici este punctul în care termenul „psihosomatic” începe să aibă un înțeles special.

La început există identitatea simplă a corpului și a psihicului, din punctul de vedere al copilului. Aici debutează o stare de lucruri în care *sănătatea imperfectă* este identică cu *îndoiala* de sine. Pentru ipohondriacul de orice vârstă, problema este îndoiala, și nu boala. Este o chestiune de echilibru între forțele „binelui” și „răului” dinăuntru, iar acest lucru este adevărat atât pentru bebeluș și pentru suferindul psihosomatic, cât și pentru mai sofisticatul sceptic filosof.

Sănătatea corpului, în măsura în care este simțită sau observată, este tradusă în fantasmă, și în același timp fenomenele fantasmelor sunt simțite în termeni corporali. De exemplu, sentimentul de vinovăție poate fi exprimat sub forma vărsăturii, sau vărsătura (poate din cauze somatice) poate fi simțită ca trădând sinele intern secret, și astfel constituindu-se într-un dezastru. În afara bolilor, sănătatea corporală are func-

ția de a reasigura în mod activ bebelușul care face față îndoielilor cu privire la psihic; iar sănătatea psihică promovează o funcționare corporală sănătoasă, cu capacitate pentru ingestie, digestie și eliminare.


În acest moment al dezvoltării ar trebui să ajungă cercetătorul psihosomatic pentru examinarea rădăcinilor acestui subiect. Aici se află fundamentul studiului vastului subiect al interrelațiilor dintre maladiile somatice și psihologice. Psihiatrii pot găsi aici explicații pentru multe fenomene ale depresiei și ipohondriei (și ale paranoiei — vezi mai încolo) și, de asemenea, pot găsi în psihiatria infantilă un tip de psihiatrie care este încă relativ puțin stânjenit de fenomenele subsidiare ale maladiilor „mentale” sau ale formațiunilor secundare „intelectuale”. Psihanaliștii privesc în mod natural în această direcție cu cel mai mare interes; în studiul isteriei de conversie se pot câștiga multe din examinarea confuziei originare a bebelușului dintre corpul propriu-zis și sentimentele și ideile despre corp.

Partea a IV-a

**DE LA TEORIA PULSIONALĂ
LA TEORIA EULUI**

Introducere:

Dezvoltarea emoțională primitivă

 ntr-un mod oarecum artificial, voi alege trei limbaje diferite pentru descrierea fenomenelor mai timpurii ale dezvoltării emoționale.¹ În primul rând, o să discut

- A. Stabilirea unei relații cu realitatea exterioară,
- apoi B. Integrarea sinelui unitate dintr-o stare neintegrată²
- și C. Sălășluirea psihicului în corp.

Nu pot găsi nici o secvență clară în dezvoltare care să poată fi folosită pentru a determina ordinea descrierii.

Se va observa că, cu cât înaintăm mai mult în studiul nostru asupra ființei umane aflate în dezvoltare, cu atât devenim tot mai evident și profund implicați într-un studiu al mediului, care în termenii psihoterapiei înseamnă gestionare. Cu toate acestea, de dragul clarității, am decis să tratez acest vast subiect, factorul extern, într-un anumit capitol (pp. 183 și urm.), de vreme ce, oricare ar fi gradul de importanță pe care-l atribuim mediului, individul rămâne, și dă sens mediului.

¹ Vezi D.W. Winnicott: (1945) *Primitive Emotional Development*, o prezentare alternativă a acestei teme. [Apărută în limba română în *De la pediatrie la psihanaliză*, Editura Trei, 2003. (N. I.)]

² Notă pentru revizie: neintegrare ⇔ integrare.

Stabilirea relației cu realitatea exterioară

RELAȚII EXCITATE ȘI LINIȘTITE

Este convenabil să se separe unul de altul două aspecte ale acestui subiect, relațiile „excitate” și relațiile „liniștite”.

Tot timpul avem în minte un bebeluș. Haideți să ne imaginăm o primă hrănire teoretică. Iată bebelușul cu o tensiune pulsională în dezvoltare. Se dezvoltă o așteptare, o stare de lucruri în care bebelușul este pregătit să găsească ceva undeva, neștiind ce. Nu există nici o așteptare comparabilă în starea neexcitată sau liniștită. Pe la momentul potrivit, mama își oferă sânul.¹

Dacă mama este capabilă să fie preocupată de sarcina ei, atunci este capabilă să furnizeze cadrul pentru debutul relațiilor excitate, deoarece este orientată în mod biologic exact către această funcție.

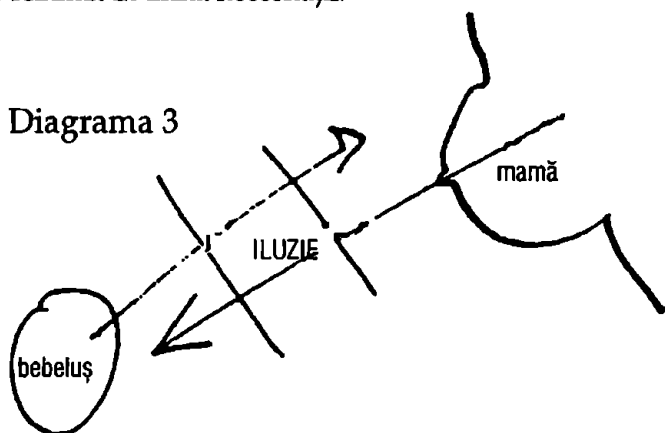
Această primă hrănire teoretică este de asemenea o primă hrănire propriu-zisă, cu excepția faptului că în experiența reală nu este vorba atât de mult despre o singură întâmplare, cât despre o adunare a amintirilor evenimentelor. Se poate spune că, datorită imaturității extreme a bebelușului nou-născut, prima hrănire nu poate fi semnificativă ca experiență emoțională. Cu toate acestea, nu există nici o îndoială că, dacă prima hrănire merge bine, contactul este stabilit, astfel încât mo-

¹ Subiectul este destul de complex și nu o să-l complic și mai mult aducând în discuție substitutul de sân sau mama-surogat.

delul hrănilor ulterioare să se dezvolte pomind de la această primă experiență, și atunci sarcina mamei este extrem de simplificată. *Per contra*, dacă primele hrăniri sunt prost gestionate, atunci se poate ajunge la multe probleme și, de fapt, se poate descoperi că un model permanent de nesiguranță a relației a debutat în timpul eșecului timpuriu în gestionare.

În cadrul primei hrăniri (teoretice), bebelușul este pregătit să creeze, iar mama face posibil ca bebelușul să aibă iluzia că sânul, și ceea ce sânul înseamnă, a fost creat de către un impuls rezultat în urma necesității.

Diagrama 3



Bineînțeles că noi, ca filosofi sofisticați, știm că ceea ce a creat bebelușul nu a fost ceea ce a prezentat mama, dar mama, prin adaptarea ei extrem de subtilă la necesitățile (emoționale) ale bebelușului, este capabilă să-i dea bebelușului această iluzie. Dacă ea nu ar fi îndeajuns de „bună” în această privință, bebelușul nu ar putea în nici un caz să-și constituie capacitatea de relație excitată cu obiectele sau cu oamenii care aparțin lumii pe care noi, ca observatori, o numim lume reală, realitate exterioară sau comună, lume care nu este creată de bebeluș.

Așadar, la început există o adaptare aproape perfectă la necesitățile bebelușului, permițându-i acestuia iluzia de a fi creat obiectele externe. Capacitatea mamei de a se adapta la nece-

sitățile (emoționale) ale bebelușului scade treptat, dar acesta are diferite moduri și mijloace de a face față schimbării. Este înșelător să ne gândim la stabilirea sentimentului realității la bebeluș în termenii insistenței mamei asupra externalității lucrurilor externe. În limbajul acestui capitol, cuvintele-cheie sunt „iluzia” și „deziluzionarea”. În primul rând trebuie oferită iluzia, după care bebelușul are o mulțime de mijloace pentru a accepta și chiar a folosi deziluzionarea.

Aceste experiențe excitate au loc pe un fundal de liniște, în care există alt tip de relație între copil și mamă. Ne ocupăm de un bebeluș într-o stare de dependență totală și complet inconștient de această dependență. Este o simplificare legitimă să presupunem prezența mamei, care furnizează mediul care este o parte esențială a dependenței. Acolo unde există dependență totală, există adaptare perfectă; sau, cu alte cuvinte, o dată cu eșecul adaptării materne apare o deformare a proceselor individuale de viață ale bebelușului. Mama era responsabilă de mediu într-un mod fizic înainte de nașterea bebelușului, iar după naștere ea continuă furnizarea îngrijirii fizice, care reprezintă singurul mod de exprimare a iubirii pe care bebelușul să-l poată aprecia la început. Nenumărate repetiții ale adaptării și eșecului adaptării au avut loc deja până în momentul în care să putem vorbi despre o primă hrănire teoretică. În momentul acestei prime hrăniri teoretice, bebelușul posedă deja anumite așteptări și anumite experiențe care, într-o măsură mai mare sau mai mică, complică situația. Acolo unde complicațiile nu sunt prea mari, se întâmplă ceva foarte simplu. Sunt greu de găsit cuvintele potrivite pentru a descrie acest eveniment simplu; dar se poate spune că, datorită unei anume vitalități a bebelușului și prin dezvoltarea tensiunii pulsionale, bebelușul ajunge să se aștepte la ceva; iar apoi există un impuls de-a căuta în afară care poate lua curând forma unei mișcări impulsive a mâinii sau a unei mișcări a gurii către un obiect presupus. Cred că nu este exagerat să spun că bebelușul este pregătit să fie creativ. Ar putea halucina un obiect dacă ar avea la dispoziție material mnezic pentru procesul creației, dar acest lucru nu poate fi postulat în studierea

primei hrăniri teoretice. Aici noua ființă umană se află în poziția de a crea lumea. Motivul este necesitatea personală; suntem martori la procesul prin care necesitatea se transformă treptat în dorință.

Mama care a fost capabilă să îndeplinească necesitățile mai primitive ale bebelușului prin simplul fapt al îngrijirii fizice se află acum într-un rol nou. Ea trebuie să vină în întâmpinarea unui moment creativ special și să înțeleagă ce are de făcut prin propria ei capacitate de identificare cu bebelușul și prin observarea comportamentului bebelușului. Mama așteaptă să fie descoperită și nu are nevoie să înțeleagă rațional faptul că trebuie să fie creată de bebeluș pentru a putea să-și joace rolul și pentru a fi creată din nou de fiecare bebeluș.

Mama care tocmai a trecut printr-o experiență epuizantă ea însăși are o sarcină extrem de dificilă. Ea trebuie să fie pregătită cu un fel de potență, astfel încât nici sânul prea-plin, nici cel complet pasiv să nu fie exact potrivit. Este foarte mult ajutată de experiența potenței genitale a bărbatului ei. Într-un fel sau altul reușește să fie pregătită cu o potențială excitare, ce duce în cele din urmă la producerea de lapte. Nu se va aștepta de la ea să fie extrem de precisă în adaptarea ei în această împrejurare. Din fericire, bebelușul nu necesită un model exact de comportament. Atunci când toate merg bine, bebelușul este capabil să descopere sfârcul, iar acest lucru în sine reprezintă un eveniment nemaipomenit, de o cu totul altă factură decât hrănirea. Este foarte important din punct de vedere teoretic ca bebelușul să creeze acest obiect, iar ceea ce face mama este să plaseze sfârcul sânului său la locul și momentul potrivit, astfel încât să fie sfârcul ei cel pe care bebelușul îl creează. Este, fără îndoială, foarte important pentru mamă ca bebelușul să descopere sfârcul astfel, în mod creativ. O asemenea inițiere delicată a unei relații necesită anumite condiții și trebuie admis că (cele mai) potrivite condiții nu sunt în mod obișnuit prezente datorită tendinței generale în maternități de a se ignora acest lucru care este atât de fundamental și atât de vital pentru începutul relației bebelușului cu ceea ce noi deja știm că este lumea în care el va trăi.

Deși capacitatea bebelușului pentru relații excitate este construită prin însumarea hrănilor (și a altor tipuri de experiențe excitate), totuși într-o discuție teoretică prima hrănire reprezintă prototipul, iar în practică eforturile noastre ar trebui îndreptate către o mai bună gestionare a acesteia.

Atunci când toate merg bine, relația poate fi stabilită în câteva clipe, iar pe de altă parte, atunci când există o dificultate, mama și bebelușul pot necesita mult timp pentru a se înțelege unul cu altul, și nu este deloc neobișnuit ca o mamă și un bebeluș să eșueze de la început și să sufere (fiecare dintre ei) din cauza rezultatelor acestui eșec timp de mulți ani, dacă nu pentru totdeauna.

Trebuie să ne așteptăm la un procent de eșecuri, de vreme ce bebelușii sunt foarte diferiți, iar mamele nu sunt toate pregătite, la momentul potrivit, pentru exercițiul potenței sânu-lui lor. Cu toate acestea, nu este deloc neobișnuit ca un eșec în acest punct, dezastruos pentru dezvoltarea bebelușului, să fie inutil; bebelușul era pregătit și mama era pregătită, dar condițiile nu erau satisfăcătoare sau a intervenit altcineva. Aici ajungem la psihologia doctorilor și a asistentelor angajați în îngrijirea mamelor care tocmai au născut și a nou-născuților înșiși. Nu există o pregătire specială a asistentelor care se ocupă în mod special de acest stadiu timpuriu din viața bebelușilor și de îngrijirea mamelor în prima săptămână după naștere. În mod vădit, această chestiune a relației inițiale dintre bebeluș și mamă stârnește o mare anxietate chiar la multe femei sănătoase obișnuite, și numai așa se poate explica frecvența cu care anumite asistente, care altfel sunt foarte talentate și blânde, tind să-și asume o responsabilitate care ar trebui să fie a mamei, tind să ia chestiunea în propriile mâini, dar de fapt încearcă să forțeze copiii la sân. Nu rar se întâlnesc asistente care, animate de cele mai bune intenții din lume, iau un bebeluș bine înfășat, astfel încât nu-și poate folosi mânuțele, și îi îndeasă gura la sân, declarând deschis că sunt hotărâte *să-l facă să primească lapte*.

Acesta este punctul în care teoria și practica se întâlnesc, dacă un asemenea punct există într-adevăr. Majoritatea aces-

tor asistente sunt anxioase nu pentru că sunt nevrotice, ci pentru că nimeni nu le-a spus despre crearea sânului de către bebeluș și despre orientarea specifică a mamei către sarcina adaptării la necesități, către arta de a-i oferi bebelușului iluzia că ceea ce este creat din nevoie și prin impuls are existență reală.

Trebuie să adăugăm că unele asistente înțeleg intuitiv acest lucru și ele creează cu plăcere condițiile în care mama și bebelușul să poată ajunge la o înțelegere reciprocă.

Aceasta este o chestiune cât se poate de practică. Modul în care poate fi inhibat un bebeluș în legătură cu hrănirea la sân, și implicit cu hrănirea în general, este acela de a prezenta copilului sânul fără a-i oferi nici o șansă să fie creatorul obiectului care urmează a fi descoperit. Dintre lucrurile care pot fi aflate de la un psiholog, probabil că nu există nici unul care, dacă ar fi acceptat, să aibă un efect mai profund asupra sănătății mintale a indivizilor unei comunități, decât această chestiune a nevoii bebelușului de a fi creatorul sfârscului sau sânului mamei. Așadar, nu numai sănătatea mintală ulterioară a noului individ este pusă în joc aici.

Poate că nu acestea sunt cuvintele cele mai potrivite. Probabil cuvântul „creație” poate fi înlocuit de un altul care să poată fi acceptat sau înțeles într-un sens mai larg. Cuvintele nu contează. Trebuie găsite modalități pentru a li se atrage atenția acelor care sunt responsabili de nou-născuți asupra importanței teribile a experienței inițiale a unei relații excitate între bebeluș și mamă. Există dificultăți inerente. Asistentele și doctorii sunt de o importanță vitală pentru mamă datorită lucrurilor pe care le pot face pentru ea ca să fie în siguranță în timpul travaliului și ca să-i acorde ajutor fizic atunci când ea este epuizată. Ei au propriile lor abilități, deprinse treptat și cu dificultate. Nu există nici un motiv pentru care aceiași doctori și aceleași asistente să nu fie capabili să-i lase mamei rolul care este al ei și pe care doar ea îl poate juca. Tot ce poate face o asistentă în această situație este să creeze condițiile în care mama să poată fi în starea cea mai sensibilă. Mama are nevoie doar de șansa de a fi naturală și de a-și găsi propriul

fel de a fi cu copilul, așa cum au făcut mamele încă din zorii istoriei umane, și chiar de dinaintea evoluției omului din mamifere.

Se va observa că, din punctul de vedere al asistentei, contactul inițial dintre mamă și copil poate arăta ca un joc; și chiar ar putea fi numit joc, iar asistenta responsabilă ar putea cu ușurință să simtă că ceea ce este necesar este muncă. Cu toate acestea, copilul nu necesită imediat lapte, iar acest lucru este bine cunoscut în pediatrie. Copilul care a descoperit sfârcul și a cărui mamă este disponibilă spre a furniza sfârcul acolo, lângă mână sau lângă gură, la momentele potrivite, este capabil să întârzie, dacă este necesar, începutul suptului. Poate exista o perioadă de mestecare, și de la început bebelușii individuali au tehnici proprii care pot persista și se pot transforma mai târziu în manierisme. Studiul acestei inițieri a unei relații sigur o să-l îmbogățească foarte mult pe observator. Partea cea mai importantă a muncii lui Merrill Middlemore, care a fost publicată în cartea intitulată *The Nursing Couple*¹ [1941], este reprezentată de descrierea extremelor precauții pe care și le-a luat pentru a fi prezentă în situația de hrănire fără a deranja nici asistentele, nici mamele, nici bebelușii. A avut grijă să nu se aștepte la succes și să nu se teamă de eșec. Probabil că există foarte puțini oameni echipați potrivit pentru a desfășura acest fel de observare a intimității.

VALOAREA ILUZIEI Prima hrănire teoretică este reprezentată
ȘI STĂRILE în viața reală de însumarea experiențelor
TRANZIȚIONALE timpurii ale multor hrăniri. După prima
hrănire teoretică, bebelușul începe să po-
sede material cu care să creeze. Treptat, se poate spune că be-
belușul este gata să halucineze sfârcul în momentul în care
mama îl are pregătit. Sunt construite amintiri din nenumăra-
te impresii senzoriale asociate cu activitatea hrănirii și găsirii
obiectului. În decursul timpului, apare o stare în care bebelu-
șul se simte destul de încrezător că obiectul dorinței poate fi

¹ *Cuplul de îngrijire.* (N. t.)

găsit, iar acest lucru înseamnă că bebelușul începe treptat să tolereze absența obiectului. Astfel debutează conceptul bebelușului despre realitatea exterioară, un loc din care obiectele apar și în care dispar. Prin magia dorinței, se poate spune că bebelușul are iluzia unei puteri creative magice, iar omnipotența este o realitate prin intermediul adaptării sensibile a mamei. Fundamentul pentru recunoașterea treptată de către bebeluș a lipsei de control magic asupra realității exterioare constă în omnipotența inițială devenită realitate prin intermediul tehnicii adaptative a mamei.

În viața de zi cu zi a prunciei, putem observa bebelușul exploatând această a treia sau iluzorie lume, care nu este nici realitate internă, nici fapt extern, și pe care le-o permitem bebelușilor, deși nu le-o permitem adulților sau chiar copiilor mai mari. Vedem cum un bebeluș își sugerează degetele sau adoptă o tehnică de a face grimase, sau de a murmura un sunet, sau de a apuca o bucată de păturică, și știm că acel bebeluș revendică astfel un control magic asupra lumii, prelungind (iar noi permitem acest lucru) omnipotența care a fost inițial întâmpinată, și astfel implementată, prin adaptarea mamei. M-am gândit că este util să denumesc obiectele și fenomenele care aparțin acestui tip de experiență „tranziționale”. Am denumit obiectele folosite „obiecte tranziționale” și tehnicile uzate „fenomene tranziționale”. Acești termeni implică faptul că există o stare temporară aparținând copilăriei timpurii, în care bebelușului îi este permis să pretindă un control magic asupra realității exterioare, un control care noi știm că devine real prin adaptarea mamei, dar bebelușul nu știe încă acest lucru. „Obiectul tranzițional”, sau prima posesiune, este un obiect pe care l-a creat bebelușul, deși în timp ce spunem acest lucru, noi știm că de fapt era vorba de o bucată de păturică sau niște franjuri ai unui șal. Următoarea posesiune va fi fost dată bebelușului de către o mătușă, iar pentru aceasta copilul trebuie să spună „me’si”, astfel recunoscând o limitare a controlului magic și dependența de oamenii binevoitori din lumea exterioară.

Cât de importante sunt atunci aceste obiecte și tehnici tranziționale timpurii! Importanța lor este reflectată de persisten-

ța lor, chiar persistența lor în stare brută peste ani. Din aceste fenomene tranziționale se dezvoltă multe dintre lucrurile pe care în mod atât de variat le permitem și cărora le acordăm o valoare atât de mare sub denumirile de religie și artă și, de asemenea, micile nebunii care sunt legitime pe moment, în funcție de modelul cultural prevalent.

Există un ținut al nimănui între subiectiv și ceea ce este perceput în mod obiectiv, care este natural în copilărie, iar la acest lucru noi ne așteptăm și îl permitem. Bebelușul nu este testat la început, nu trebuie să decidă, îi poate fi permis să pretindă despre ceva aflat la graniță că este în același timp atât auto-creat, cât și perceput sau acceptat din lume, lumea care a existat dinaintea conceperii bebelușului. Cineva care ar revendica indulgență în această privință la o vârstă mai mare ar fi numit nebun. În religie și în arte, observăm socializarea acestei revendicări, astfel încât individul nu este numit nebun și se poate bucura, în exercițiul religiei sau în practica și aprecierea artelor, de pauza pe care ființele umane o necesită de la discriminarea absolută și care nu dă greș niciodată dintre realitate și fantasmă.¹

EȘECUL ÎN CONTACTUL INIȚIAL

Voi studia acum efectul eșecului mai degrabă decât al succesului, starea care apare fie atunci când mama este incapabilă să întâmpine dorințele bebelușului într-o manieră suficient de sensibilă, fie când bebelușul este prea tulburat (din cauza experiențelor și mai timpurii) pentru a se preda trebuinței pulsionale.

În chestiunea gestionării practice, un bebeluș care eșuează în realizarea contactului cu realitatea exterioară nu moare de obicei. Prin intermediul tenacității celor responsabili, bebelușul este ademenit la a se hrăni și a trăi, deși fundamentul pentru viață este slab sau absent. În termenii teoriei psihologice, eșecul în acest punct exagerează în loc să vindece o disociere

¹ [Acest paragraf a fost găsit separat tipărit, cu o notă conform căreia ar fi trebuit adăugat.]

în persoana bebelușului. În loc de relația cu realitatea exterioară, îndulcită de folosirea temporară a unei stări iluzorii de omnipotență, se dezvoltă două feluri separate de relație de obiect, iar acestea două pot fi atât de lipsite de legătură încât să constituie o boală serioasă care va trebui în cele din urmă să se manifeste sub forma schizofreniei clinice. Pe de o parte, există viața privată a bebelușului, în care relațiile se bazează mai degrabă pe capacitatea acestuia de a crea decât pe memoria contactelor, iar pe de altă parte există un sine fals, care se dezvoltă pe baza complianței, și care este legat în mod pasiv de cerințele realității exterioare. Este foarte ușor să fii înșelat și să vezi un bebeluș răspunzând la o hrănire abilă, fără să observi că acest bebeluș, care primește hrana într-un mod complet pasiv, nu a creat niciodată lumea și nu are nici o capacitate de relație externă și nici un viitor ca individ. Exploatarea acestui sine fals compliant nu poate duce la rezultate bune. Adevăratul sine nu se poate manifesta decât sub forma refuzului de a se hrăni. Bebelușul supraviețuiește și este surprinzător de văzut cât de satisfăcuți pot fi doctorii de rezultat. Sinele fals devine organizat, pentru a ține lumea la distanță, și mai există un alt sine, cel adevărat, ascuns și astfel protejat. Acest sine adevărat se află într-o stare permanentă a ceea ce ar putea fi numit relaționare¹ internă. Din punct de vedere clinic, dovada vieții interioare a sinelui ascuns se poate manifesta sub forma mișcărilor de legănare sau a altor semne de viață foarte primitivă.

Descrierea gradului maxim de clivare duce la descrierea unor grade mai mici de clivare și chiar a modului în care un anumit grad din ceea ce este descris este prezent la toți copiii și este inerent vieții înseși. La gradul maxim, copilul nu are nici un motiv pentru a trăi, dar la gradele mai mici și mai frecvente, există un oarecare grad al sentimentului inutilității în ceea ce privește viața falsă și o căutare constantă a vieții care să fie resimțită ca reală, chiar dacă duce la moarte, ca de exemplu prin înfometare. La gradele mai mici, există obiecte în re-

¹ În original *relatedness*. (N. t.)

laționarea internă secretă a sinelui adevărat, iar aceste obiecte au fost derivate din anumite grade de succes în stadiul primei hrăniri teoretice. Cu alte cuvinte, la gradele mai mici ale acestei boli, nu regăsim atât starea primară de clivare, cât o organizare secundară a clivării, care implică regresia din cauza dificultăților întâlnite într-un stadiu ulterior de dezvoltare emoțională.

Folosind diagrama care aparține cazului extrem, se pot ilustra cu ușurință implicațiile acestui mod de a privi dezvoltarea emoțională timpurie și ceea ce vedem se poate aplica la sarcina persoanei normale obișnuite și la dificultățile inerente în viață.¹

Este instructiv să luăm sarcina artiștilor și să o descriem în termenii definiți în acest capitol. Astfel se poate spune că există două tipuri de artiști. Unul dintre tipuri operează la început prin sinele fals, acela care poate prea ușor să producă o reprezentare exactă a unei mostre din realitatea exterioară. Artistul folosește această capacitate, iar apoi ceea ce vedem este încercarea sinelui adevărat din artist de a lega prima impresie exactă de fenomenele brute ce constituie viața sinelui adevărat secret. Dacă această încercare este încununată de succes, atunci

1 [O versiune alternativă pentru unele dintre lucrurile de mai sus a fost găsită tipărită separat, împreună cu o notă conform căreia ar fi trebuit adăugată în acest punct. Ea se prezintă după cum urmează:]

„Atunci când există un oarecare grad de eșec al adaptării sau o adaptare haotică, bebelușul dezvoltă două tipuri de relație. Unul dintre ele este reprezentat de o relație secretă tăcută cu o lume interioară de fenomene subiective, în mod esențial personală și privată, și această relație este singura care pare reală. Celălalt tip de relație este între un sine fals și un mediu extern sau implantat doar vag perceput. Primul conține spontaneitatea și bogăția, iar al doilea este o relație de complianță menținută pentru a câștiga timp până când, poate, într-o zi, prima va fi pusă în valoare. Este surprinzător de ușor, din punct de vedere clinic, să treci cu vederea irealitatea tehnicii de viață a unui copil pe jumătate schizofren.

Problema este că impulsurile și spontaneitatea și sentimentele care par reale sunt toate legate într-o relație care este (în gradul extrem) incomunicabilă. Pe de altă parte, cealaltă jumătate a personalității clivate, sinele fals compliant, este vizibil pentru toată lumea, și ușor de manevrat.”

artistul a produs nu numai ceva recognoscibil de către alții, ci și ceva propriu sinelui adevărat al lui; produsul finit este valoros, deoarece putem aprecia lupta care s-a dat în artist în traviul de unire a elementelor inițial separate. Dacă abilitatea tehnică seduce artistul, atunci folosim cuvântul „facil” și vorbim despre virtuozitate.

În contrast cu acesta se află celălalt tip, care debutează cu o reprezentare brută a fenomenelor sau vieții personale a sinelui secret, care sunt grele de înțelesuri pentru artist, dar la început nu au nici un înțeles pentru ceilalți. Sarcina artistului în acest caz este de a face inteligibile reprezentările lui proprii și personale, iar pentru a face acest lucru, el trebuie să se trădeze într-o anumită măsură. Creațiile lui artistice i se par tot atâtea eșecuri, indiferent cât de mult sunt ele apreciate de cunoscători; și de fapt, dacă sunt apreciate într-o măsură prea mare, artistul se poate retrage de tot, datorită sentimentului de a fi fost fals față de sinele său adevărat. Aici, din nou, principala realizare a artistului este traviul său de integrare a celor două tipuri de sine. Primul tip este apreciat de către persoane care aveau nevoie să vină în contact cu impulsurile lor brute, în timp ce al doilea este apreciat de către cei care sunt retrași și care sunt ușurați să afle că poate exista o oarecare (deși nu prea multă) împărtășire a ceea ce este fundamental personal și în mod esențial secret.

CREATIVITATEA PRIMARĂ	Există sau nu există o creativitate primară? Sau, altfel spus, poate ființa umană să proiecteze doar ceea ce a fost anterior introiectat sau (cu alte cuvinte) să excrete doar ceea ce a fost încorporat?
-----------------------	---

Care este răspunsul la problema creativității? N-are oare bebelușul nici o contribuție de făcut, de exemplu, la prima hrănire teoretică?

Cel puțin până când o să aflăm mai multe, trebuie să presupunem că există un potențial creativ și că bebelușul are o contribuție personală de făcut la prima hrănire teoretică. Dacă mama se adaptează îndeajuns de bine, bebelușul presupune

că sfârscul și laptele sunt rezultatele unui gest care a apărut din necesitate, rezultatele unei idei care a venit pe coama unui val de tensiune pulsională. În opinia mea, aceste chestiuni sunt de mare semnificație practică pentru psihiatru și, de asemenea, pentru pediatru în munca lor clinică.

Dacă există un potențial creativ adevărat, atunci trebuie să ne așteptăm să-l găsim, o dată cu proiecția detaliilor introiectate, în toate eforturile productive, și vom distinge potențialul creator nu atât de mult prin originalitatea producției, cât prin sentimentul individului de realitate a experienței și a obiectului.

Lumea este creată din nou de fiecare ființă umană, care pornește în această sarcină chiar din momentul nașterii și al primei hrăniri teoretice. Ceea ce creează bebelușul depinde foarte mult de ceea ce îi este prezentat în momentul creativității, de către mama care efectuează o adaptare activă la necesitățile lui, dar dacă creativitatea bebelușului este absentă, detaliile prezentate de mamă sunt lipsite de înțeles.

Noi știm că lumea exista dinaintea bebelușului, dar el nu știe acest lucru, și la început bebelușul are iluzia că ceea ce este găsit este creat. Dar această stare de lucruri este realizată doar atunci când mama se poartă îndeajuns de bine. Această problemă a creativității primare a fost discutată ca aparținând celei mai timpurii copilării; de fapt, este o problemă care nu încetează niciodată să aibă înțeles, atâta timp cât individul este în viață.¹

Treptat apare o înțelegere intelectuală a realității existenței lumii dinainte de aceea a individului, dar sentimentul că lumea este creată personal rămâne.

Accentuez foarte tare această parte a studiului naturii umane. Mai multe chestiuni care la prima vedere par a fi fără legătură între ele se descoperă a converge în chiar acest punct. Să enumerăm:

A. Chestiunea practică a gestionării mamei și bebelușului în primele ore și zile după nașterea acestuia (pediatrie).

¹ Notă pentru revizie: Aici referă-te la joacă, locație culturală etc.

- B. Relația dintre relațiile corporale excitate și relațiile liniștite în general, inclusiv problemele care țin de căsătorie.
- C. Problema filosofică a înțelesului cuvântului „real”.
- D. Revendicarea religioasă, legată de cea a artelor, a iluziei ca ceva valoros în sine.
- E. Sentimentele de derealizare ale oamenilor schizoizi și ale nebunilor schizofreni.
- F. Revendicarea psihoticilor conform căreia ceea ce nu este real este real și revendicarea copiilor antisociali conform căreia ce nu este adevărat este adevărat și că dependența (care este o realitate) nu este reală.
- G. Clivajul esențial din schizofrenie, profilaxia împotriva a ceea ce este o chestiune de gestionare în stadiile cele mai timpurii ale dezvoltării emoționale infantile, atunci când necesitatea trebuie întâmpinată de o adaptare sensibilă la ea.
- H. Conceptul creativității primare și al originalității absolute, ca fiind împotriva proiecției obiectelor și fenomenelor introiectate anterior (digerate și perlaborate).

IMPORTANȚA MAMEI

Într-o anumită măsură este adevărat că nevoile unui bebeluș pot fi îndeplinite de oricine iubește acel bebeluș, dar există două

seturi de motive pentru care mama este persoana potrivită.

Este probabil ca iubirea ei pentru propriul copil să fie mai adevărată, mai puțin sentimentală decât aceea a oricărui alt surogat; mama adevărată poate realiza o adaptare extremă la necesitățile bebelușului fără resentiment. Mama reală va fi capabilă să continue toate micile ei detalii ale tehnicii personale, furnizându-i astfel bebelușului un mediu emoțional (care îl include pe cel fizic) simplificat. Un copil care este exemplar îngrijit de mai mulți oameni diferiți, fie chiar și doi, o să aibă un început mult mai complex în viață, un fundal mult mai puțin sigur al lucrurilor care să fie luate ca fiind de la sine înțelese atunci când dorințele vor apărea ca niște complicații dinăuntru.

O mare cantitate de confuzie poate apărea din neglijarea acestui considerent. Este adevărat, după cum accentuează și Anna Freud, că tehnicile de îngrijire sunt lucruri importante care afectează copilul la început. Dar simplitatea și continuitatea tehnicii poate fi furnizată de singura persoană care acționează în mod natural; și nimeni altcineva în afara mamei nu va putea probabil furniza aceste lucruri, cu excepția unei mame adoptive potrivite care preia îngrijirea bebelușului chiar de la început. Dar mamei adoptive de obicei îi lipsește orientarea către maternitate¹ a unei mame adevărate sau acea stare specială care necesită întreaga perioadă pregătitoare de nouă luni.

Nu este ușor pentru mame să-și exprime sentimentele cu privire la experiențele lor din saloanele de maternitate sau din creșe, în pofida faptului că au sentimente chiar foarte puternice, și nu întotdeauna fericite. Într-o anumită măsură, mamele pierd intensitatea sentimentelor lor când experiențele devin vechi de câteva luni; de asemenea, ele știu, pe măsură ce se îndepărtează de experiența propriu-zisă a travaliului, că în acel moment special exista o predispoziție spre a imagina, aproape a halucina, o figură feminină persecutorie, astfel încât o experiență negativă este văzută retrospectiv ca și cum ar fi fost un vis urât. Dar experiențele negative sunt adesea prea reale, de vreme ce există atât de puțină înțelegere a sarcinii speciale a mamei de a prezenta lumea bebelușului ei.

Cu toate acestea, femeile care au o prietenă înțelegătoare cu care să poată vorbi în perioada în care au travalii repetate descoperă într-adevăr că au o mulțime de lucruri de spus despre obstacolele care există și care împiedică o mamă să ajungă la o înțelegere cu bebelușul ei în modalitatea ei proprie.

Cu siguranță, este de mare ajutor atunci când bebelușul este plasat într-un pătuț lângă patul mamei, ca în schema descrisă de Spence. Trebuie să fie dificil pentru o asistentă să-și aducă aminte că o mamă, care este probabil prea slăbită pentru a-și ridica singură bebelușul din pătuțul de lângă patul ei,

¹ În limba engleză, în original, „motherhood” (n. t.)

este cu toate acestea persoana potrivită și singura persoană potrivită pentru a se adapta la necesitățile bebelușului, necesități indicate în moduri care apelează în mod special la subtilitatea de înțelegere a mamei reale.

BEBELUȘUL LA NAȘTERE Pare să existe o diferență între necesitățile emoționale ale bebelușilor născuți la termen și cele ale bebelușilor născuți prematur. De asemenea, trebuie să ne așteptăm ca bebelușul postmatur să fie predispus a se naște într-o stare de frustrare. Fără îndoială, momentul potrivit pentru naștere, din punctul de vedere al nevoilor emoționale, este când copilul se naște la termen, un fapt ce ar fi putut fi prevăzut.

Le datorăm scuze pediatriilor, deoarece aceste chestiuni nu țin cont de toată munca atentă efectuată în domeniul fiziologiei și biochimiei și hematologiei nou-născutului și al funcției digestive. Realitatea este că, în cele mai multe cazuri în prezent, sănătatea somatică poate fi luată ca fiind de la sine înțeleasă (datorită muncii pediatriilor), și sănătatea este rezultatul, iar sănătatea în domeniul îngrijirii copilului nu reprezintă sfârșitul, ci începutul. Bebelușii nu ar fi putut fi studiați în dezvoltarea lor până când teama de maladii și tulburări somatice nu ar fi fost îndepărtată. Acum putem înțelege că o dezvoltare sănătoasă nu este o chestiune de supraveghere a greutății, ci una de dezvoltare emoțională. Studiul dezvoltării emoționale, după cum sper să fi demonstrat, este o chestiune vastă și complexă.

Nu este util să ne referim la o primă hrănire ca la o experiență pulsională care se desfășoară și se termină, fără nici o referire la ființa umană în care are loc excitația. La început, bebelușul nu este capabil să accepte experiența și să asimileze în sinele său rezultatul complet al evenimentelor pulsionale. Exista o stare ne-excitată care a fost deranjată de cea excitată. Această stare liniștită este cu siguranță cea primară și merită un studiu propriu.

O mare parte din calitatea acestei stări liniștite este luată ca fiind de la sine înțeleasă în cadrul presupunerii că un be-

beluș a fost bine îngrijit (fizic), în uter înaintea nașterii, și prin gestionarea generală după naștere. Putem studia în mod profitabil rezultatele eșecului îngrijirii fizice și astfel să încercăm să deducem ce se datorează într-adevăr îngrijirii reușite, în afara satisfacerii cererilor pulsionale.

FILOSOFIA
„REALULUI”

Filosofii s-au ocupat întotdeauna cu înțelesul cuvântului „real” și au existat școli de gândire întemeiate pe credința că

„această piatră și acest copac
încetează să existe
când nu este nimeni prin preajmă”

cu alternativa:

„această piatră și acest copac
continuă într-adevăr să existe
după cum a fost observat de subsemnatul...”¹

Nu toți filosofii înțeleg că această problemă care frământă orice ființă umană este o descriere a relației inițiale cu realitatea exterioară în momentul primei hrăniri teoretice; sau, de asemenea, în momentul oricărui prim contact teoretic.

Aș prezenta lucrurile în următorul fel. Unii bebeluși sunt destul de norocoși să aibă o mamă a cărei adaptare activă inițială la necesitățile copilului ei să fi fost îndeajuns de bună. Aceasta le permite să aibă iluzia de a găsi în realitate ceea ce a fost creat (halucinat). În cele din urmă, după ce s-a stabilit o capacitate de relație, acești bebeluși pot face următorul pas către recunoașterea singurătății intrinseci a ființei umane. În cele din urmă, un astfel de copil va spune când va crește mare: „Știu că nu există contact direct între realitatea exterioară și mine, ci

¹ În limba engleză, în original: „this stone and this tree/ discontinue to be/ when there's no one about in the quad” și „this stone and this tree/ do continue to be/ as observed by yours faithfully...”. (N. t.)

doar iluzia unui contact, un fenomen de mijloc care funcționează perfect din punctul meu de vedere când nu sunt obosit. Nu-mi pasă deloc că sunt implicate probleme filosofice.”

Pe bebelușii cu experiențe ceva mai puțin norocoase îi deranjează cu adevărat ideea nici unui contact direct cu realitatea exterioară. Deasupra lor atârnă tot timpul un sentiment de amenințare a pierderii capacității de relație. Pentru ei problema filosofică devine și rămâne una vitală, o chestiune de viață sau de moarte, de hrănire sau de înfometare, de iubire sau de izolare.

Bebelușii și mai lipsiți de noroc, ale căror experiențe timpurii de a avea lumea prezentată cum se cuvine au fost confuze, cresc fără nici o capacitate de iluzie a contactului cu realitatea exterioară; sau capacitatea lor este atât de slabă, încât în momentele de frustrare se fragmentează și se dezvoltă boala schizoidă.

Integrarea

In formularea teoriei psihologice, este mult prea ușor ca integrarea să fie luată ca fiind de la sine înțeleasă, dar într-un studiu al stadiilor timpurii ale dezvoltării individului uman este necesar să concepem integrarea ca fiind o realizare. Fără îndoială că există o tendință biologică spre integrare, dar în studiile psihologice ale naturii umane nu este niciodată satisfăcător să te sprijini prea mult pe aspectul biologic al creșterii.

Din punct de vedere clinic, în psihiatrie suntem obișnuiți cu procesul de dezintegrare, o desfacere activă a integrării, determinat și probabil organizat ca apărare împotriva anxietății asociate cu integrarea. Studiul direct al dezintegrării poate fi înșelător totuși pentru cel care studiază procesul de integrare.

Este necesar să postulăm o stare neintegrată din care se naște integrarea. Bebelușul pe care noi îl cunoaștem ca unitate umană, în siguranță în uter, nu este încă o unitate în termenii dezvoltării emoționale. Dacă examinăm [acest lucru] din punctul de vedere al bebelușului (deși bebelușul nu există ca atare pentru a avea un punct de vedere), neintegrarea este însoțită de absența conștientizării.

La începutul teoretic se află o stare neintegrată¹, o lipsă a întregimii atât în spațiu, cât și în timp. În acest stadiu nu exis-

¹ Aceste idei derivă de la Edward Glover și conceptul său de „nuclee ale Eului”, dar cititorul ar trebui să consulte lucrările proprii ale lui Glover mai

tă conștientizare. Imediat ce putem vorbi de o colecție de impulsuri și senzații, am depășit începutul, când centrul de greutate (ca să spunem așa) al sinelui trecea de la un impuls la altul sau de la o senzație la alta. Începutul se află cu siguranță cândva înainte de momentul nașterii la termen.

Din starea neintegrată se naște integrare pentru momente sau scurte perioade și doar treptat starea generală de integrare devine o realitate. Există factori interni care determină integrarea, cum ar fi nevoile pulsionale sau exprimarea agresivă, fiecare dintre acestea fiind precedată de o unificare a întregului sine. Conștientizarea devine posibilă în astfel de momente, deoarece există un sine care să fie conștient. Integrarea este determinată și de îngrijirea furnizată de mediu. Din punct de vedere psihologic, trebuie spus că bebelușul se descompune dacă nu este ținut unit, iar îngrijirea fizică reprezintă îngrijire psihologică în aceste stadii.

Mama știe prin empatie că, atunci când un bebeluș este ridicat, acest proces trebuie făcut în timp. Bebelușul trebuie să fie avertizat; părțile corpului sunt strânse la un loc; în cele din urmă, la momentul potrivit în timp, bebelușul este în aer; mai mult decât atât, acțiunea mamei începe, continuă și se sfârșește, deoarece bebelușul este ridicat dintr-un loc până în altul, poate din cărucior până la umărul mamei.

Pe măsură ce sinele se stabilește și individul devine capabil să încorporeze și să mențină amintiri ale îngrijirii din partea mediului, și deci capabil de autoîngrijire, integrarea devine o stare mai stabilă. Astfel, dependența se diminuează. Treptat, pe măsură ce integrarea devine o stare menținută a individului, devine mai potrivit cuvântul „dezintegrare”, mai degrabă decât „neintegrare”, pentru descrierea negativului integrării. În stadiile ulterioare, poate fi observată o exagerare a autoîngrijirii, organizată ca apărare împotriva dezintegrării pe care eșecul mediului amenință să o determine. Prin eșec al mediului vreau să spun eșec al conținerii sigure, și un eșec mai

degrabă decât să se bazeze pe descrierea mea personală, de vreme ce eu nu îmi propun să descriu contribuția lui.

mare decât cel ce poate fi suportat în momentul respectiv de către individ.

Este posibil să se detecteze dezintegrarea care apare ca apărare organizată împotriva durerii teribile a diverselor anxietăți asociate cu starea complet integrată. Dezintegrarea de acest fel poate fi folosită mai târziu ca fundament pentru o stare haotică patologică ce este un fenomen secundar și nu este legată în mod direct de haosul primar al individului uman.

Ca ilustrare a aplicării acestor principii, este util să ne gândim la poezia pentru copii despre Humpty Dumpty și la motivele atracției ei universale. În mod evident, există un sentiment general, care nu este disponibil conștiinței, că integrarea este o stare precară. Poezia pentru copii probabil atrage deoarece confirmă integrarea personală ca fiind o realizare.

Când am descris primele integrări care se nasc din starea de neintegrare, termenii folosiți erau aritmetici. Problema este dacă nucleeele Eului individului se adună sau nu ca să facă unu. Uneori, în cadrul unui tratament, putem demonstra că o inhibiție în folosirea aritmeticii simple și banale provine din incapacitatea acelui copil de a-și forma conceptul simplu de „unu”, de unitate, care, ca să poată fi perceput, trebuie să reprezinte în ultimă instanță sinele. Este bine cunoscut că o incapacitate de a efectua operații aritmetice simple nu implică deloc o incapacitate de a efectua calcule mintale complexe de tip abstract, și de fapt poate exista o relație între folosirea exagerată a gândirii abstracte în termeni matematici și inhibiția simplei adunări sau scăderi.

Aceste considerații teoretice explică într-o oarecare măsură valoarea derivată atât din iubire, cât și din ură, și chiar din furie reactivă, atunci când acestea sunt exprimate fără rezervă și în momentul de intensitate maximă a sentimentului. Integrarea dă sentimentul de sănătate mintală, iar pierderea integrării dobândite dă sentimentul de nebunie. Aceste momente de urgență, de capitulare în fața exprimării de sine, sunt importante în această chestiune a integrării, care ține de ele. Strâns legată de această problemă a integrării nou-dobândite, cu neintegrarea în trecut și dezintegrarea ca amenințare în vi-

itor, este exploatarea senzațiilor de la nivelul pielii, o dramatizare a îngrijirii fizice și o supraaccentuare a capacității de autoîngrijire care, la rândul ei, este derivată dintr-un amestec de amintiri despre a fi (con)ținut și experiențe de a nu fi (con)ținut îndeajuns.

În viața unui bebeluș normal, odihna trebuie să poată include relaxare și o regresie la neintegrare. Treptat, pe măsură ce sinele crește în putere și complexitate, această regresie la neintegrare se apropie din ce în ce mai mult de o stare dure-roasă de dezintegrare „nebună”. Există deci un stadiu intermediar în care un bebeluș bine îngrijit aflat în dezvoltare se poate relaxa și poate aluneca în neintegrare, și tolera (dar doar tolera) să se simtă „nebun” în starea neintegrată. Apoi, se trece la stadiul următor, un pas către independență, și se pierde pentru totdeauna capacitatea de a fi neintegrat, în afara nebuniei sau condițiilor specializate furnizate în psihoterapie. După acest stadiu, cuvântul potrivit este mai degrabă „dezintegrare” decât „neintegrare”.

Întrebarea dacă unui bebeluș îi este mai bine luat în brațe sau lăsat în pătuț poate fi examinată în acest punct. Bineînțeles că un bebeluș necesită ambele experiențe. Cu toate acestea, se poate spune că, acolo unde (con)ținerea unui bebeluș este perfectă (și adesea este, de vreme ce mamele pur și simplu știu cum s-o facă), bebelușul poate câștiga încredere chiar în relația vie și poate aluneca în starea neintegrată în timp ce este ținut în brațe. Acesta este cel mai bogat tip de experiență. Totuși adesea (con)ținerea este variabilă sau chiar stricată de anxietatea (supracontrolul mamei împotriva scăpării bebelușului) sau starea anxioasă a mamei (tremurături, temperatură ridicată, tahicardie etc.), caz în care bebelușul nu-și poate permite să se relaxeze. Atunci relaxarea apare doar o dată cu epuizarea. Într-un astfel de caz, pătuțul sau leagănul oferă o alternativă binevenită. Trebuie efectuată totuși o pregătire pentru reîntoarcerea bebelușului din starea de relaxare (reintegrare).

Un factor ca acesta este cel care face anumiți bebeluși capabili să crească cu biberonul, întrucât hrănirea la sân a fost

imposibilă. Depind atât de multe de felul în care mama (con)ține bebelușul, și trebuie accentuat că acest lucru nu este ceva ce poate fi predat (sau învățat); dacă este posibil vreun ajutor, acesta ar fi să-i dăm mamei încredere gestionând noi mediul în locul ei și să-i oferim șansa de a-și exercita propriile puteri naturale.

Hăinuțele bebelușului la începutul teoretic pot fi o adevărată pacoste. Imediat după naștere, sensibilitatea pielii este foarte mare. Probabil există loc pentru o goliciune mai degrabă primitivă și un contact corporal neîntrerupt între bebeluș și mamă în stadiile timpurii, iar această problemă nu a fost investigată deocamdată, din câte știu eu. În munca pediatrică cu bebeluși prematuri poate urma în mod natural o cercetare în această direcție, care să arate valoarea goliciunii din tehnica incubatorului.¹ Realitatea este că integrarea și atingerea statutului de unitate aduce o dată cu ea mari dezvoltări noi. Integrarea înseamnă responsabilitate, și însoțită așa cum este de conștientizare, și de păstrarea amintirilor, și de punerea în relație a trecutului, prezentului și viitorului, aproape că reprezintă începutul psihologiei umane. Descrierea mea a poziției depresive în dezvoltarea emoțională preia tema din acest punct. Din nefericire, se pot întâmpla multe lucruri supărătoare în dezvoltarea emoțională a unui bebeluș, anterior atingerii acestui statut de unitate, și pentru mulți bebeluși adevăratele sarcini umane ale așa-numitei „poziții depresive” nu sunt atinse niciodată.

Dacă (într-unul din cazuri) accentul este pus pe *integrarea prin buna îngrijire a copilului*, personalitatea poate fi bine fundamentată. Dacă accentul este pus pe integrarea prin *impuls și experiență pulsională* și prin furia care menține relația cu dorința, atunci este probabil ca personalitatea să fie interesantă, chiar captivantă în calitate. La indivizii sănătoși, există destul din ambele, iar combinația celor două înseamnă stabilitate. Atunci când nu este destul din nici unul, integrarea nu este niciodată bine stabilită sau este stabilită într-un mod rigid, su-

¹ Mary Crosse: Birmingham. [Un pionier în neonatologie.]

praaccentuată și puternic apărută și nepermițând nici o neintegrare relaxantă, odihnitoare.

Există un al treilea mod de dezvoltare, caz în care integrarea apare timpuriu, iar accentul este pus pe o *reacție* excesivă la ingerințe din surse externe. Acesta este rezultatul eșecului îngrijirii și va fi discutat într-o secțiune ulterioară. În acest caz, integrarea este plătită cu un anume preț, de vreme ce ingerințele sunt așteptate și chiar continuă să fie necesare, și prin această nu neobișnuită stare de lucruri se stabilește o bază foarte timpurie pentru o dispoziție paranoidă (nu moștenită).

Pe măsură ce copilul se dezvoltă, trebuie folosit mai degrabă cuvântul „dezintegrare” decât „neintegrare”, pentru a descrie pierderea integrării. Dezintegrarea este un proces defensiv activ și este o apărare împotriva neintegrării în măsura în care este și împotriva integrării. Dezintegrarea se înscrie pe linia de sciziune stabilită de organizarea lumii interioare și de controlul forțelor și obiectelor interne. În travaliul clinic, întâlnim dezintegrarea în diverse grade și tipuri, bine organizată chiar și în decompensarea psihotică severă. Neintegrarea o întâlnim doar în cadrul relaxării oamenilor sănătoși și în regresia profundă care poate fi obținută într-o psihoterapie în care organizarea apărărilor este preluată de la pacient de către psihoterapeut și este reprezentată de condițiile emoționale și fizice înalt specializate ale situației analitice.

Mai degrabă în acest caz, în situația terapeutică înalt specializată, decât prin observarea directă a bebelușilor, poate fi studiată starea de lucruri care este normală la debutul teoretic al prunciei.

Poate fi făcută o observație interesantă despre rezultatele realității propriu-zise a integrării. Integrarea aduce o dată cu ea așteptarea unui atac. Acest lucru pare să fie mai adevărat dacă individul atinge integrarea mai târziu și mai puțin adevărat în cazul integrărilor originare ale bebelușului normal. Unificarea elementelor sinelui cu stabilirea unei lumi exterioare produce în acel moment o stare de lucruri care ar putea fi etichetată ca paranoidă. În asemenea momente, îngrijirea mamei este importantă prin aceea că intervine între individul in-

tegrat și lumea exterioară repudiată. Realizările integrării la o dată mai târzie, adică nu în cursul obișnuit al dezvoltării foarte timpurii, sunt pasibile să fie urmate de un atac ca apărare, iar acest atac ca apărare poate foarte ușor fi confundat cu un impuls pulsional. Indivizii se pot dezvolta cu acest model al atacului ca apărare înlocuind impulsul pulsional pur care aparține stării de lucruri ce urmează integrării. În cadrul psihoterapiei, unde momentele de integrare pot fi extrem de importante la un copil mai mare sau chiar la un adult, psihoterapeutul trebuie să posede o înțelegere clară a travaliului integrării, și în practică se poate ca doar pentru o perioadă scurtă de timp să existe o nevoie specială ca terapeutul să se afle între lumea exterioară repudiată și individul nou integrat. Dacă terapeutul este capabil să acționeze aici, în acest moment, în același fel în care mama este capabilă să acționeze la început, în îngrijirea bebelușului ei normal, atunci modelul paranoid nu mai trebuie să devină organizat, iar individul are posibilitatea de a dezvolta un impuls pulsional adevărat, adică un impuls care are un fundament biologic și nu este ca atacul ca apărare, care este non-inerent și are o anxietate la bază.


Acest punct are importanță practică din punct de vedere clinic, atunci când devine important de văzut într-un caz particular că un model paranoid, prin care înțeleg tendința de atac ca apărare, deși patologic, posedă un element pozitiv în el, care este atingerea integrării momentane.

Aceste lucruri mi se par foarte apropiate de teoria exprimată de Lydia Jackson.¹

¹ Lydia Jackson: (1945) *Aggression and Its Interpretation*.

Instalarea psihicului în corp

EXPERIENȚA CORPORALĂ

ât de ușor este să consideri de la sine înțeleasă stabilirea psihicului în corp și să uiți că și acest lu-

cru este de fapt o realizare. Este o realizare care nu seamănă deloc cu celelalte. De asemenea, în cazul unor copii, acest proces este exagerat și forțat de părinți care se mândresc foarte mult cu gimnastica infantilă. Chiar și aceia care par să trăiască în corp pot dezvolta ideea că ar exista puțin și în afara pielii, iar cuvântul „ectoplasmă” pare a se aplica acelei părți a sinelui care nu este conținută în corp. Prin contrast, în isterie, poate exista o stare în care pielea să nu fie inclusă în personalitate și chiar să devină lipsită de sânge și de semnificație pentru pacient.

Pielea este în mod universal și evident importantă în procesul de localizare a psihicului exact înăuntrul și între limitele corpului. Gestionarea pielii în îngrijirea bebelușului este un factor important în promovarea unei existențe sănătoase în corp, în același fel în care (con)ținerea promovează integrarea. În timp ce folosirea proceselor intelectuale îndepărtează de atingerea unei coexistențe *psyche-soma*, experiența funcțiilor și a senzațiilor dermice și a erotismului muscular ajută în direcția acestei atingeri. Se poate spune despre toate ființele umane că, uneori, când frustrările pulsionale duc la un sentiment de disperare sau futilitate, fixarea psihicului în corp de-

vine mai laxă și trebuie suportată o perioadă de nerelaționare *psyche-soma*. Acest proces poate fi exagerat în orice grad în cadrul sănătății imperfecte. Ideea de fantome, de spirite fără trup derivă din această lipsă a unei ancorări esențiale a psihicului în corp, iar valoarea poveștilor cu fantome constă în faptul că atrag atenția asupra precarității co-existenței *psyche-soma*.

Această teorie poate fi direct aplicată nu numai în studiul și gestionarea clinică a tulburărilor dermatologice, ci și în înțelegerea unei mari proporții din tulburările psihosomatice generale. Tulburările psihosomatice sunt determinate de multe cauze, dar cea care este de obicei omisă este probabil cea mai importantă. Se întâlnesc frecvent discuții asupra psihologiei tulburărilor psihosomatice în care nu se menționează deloc valoarea pozitivă pentru pacient a ancorării unui anumit aspect al psihicului într-o anumită parte a corpului. La baza tulburărilor psihosomatice există o anxietate psihotică, deși în multe cazuri, la niveluri mai superficiale, se poate demonstra în mod clar că există factori ipohondriaci sau nevrotici.

Nu există o identitate inerentă între corp și psihic. Așa cum vedem lucrurile noi, ca observatori, corpul este fundamental pentru psihic, care depinde de funcționarea cerebrală și care apare ca organizare a elaborării imaginare a funcționării corporale. Din punctul de vedere al individului aflat în dezvoltare totuși, sinele și corpul nu sunt inerent suprapuse, unul peste celălalt, și cu toate acestea este necesar pentru o dezvoltare sănătoasă ca o asemenea suprapunere să devină realitate, astfel încât individul să poată deveni capabil să-și permită să se identifice cu ceea ce, strict vorbind, nu este sinele. Psihicul ajunge treptat la o înțelegere cu corpul, astfel încât, la indivizii sănătoși, se ajunge în cele din urmă la o stare de lucruri în care limitele corpului sunt în același timp și limitele psihicului. Cercul pe care un copil de trei ani îl desenează și îl numește „rață” reprezintă atât persoana raței, cât și corpul raței. Acest lucru este o realizare care este însoțită de capacitatea de a folosi persoana I. După cum este bine cunoscut, există mulți care nu ajung atât de departe sau care pierd ce au dobândit.

Multe dintre lucrurile care s-au scris despre integrare se aplică și instalării psihicului în corp. Experiențele liniștite și experiențele excitate contribuie fiecare în modul propriu. Cele două direcții din care se poate naște această instalare sunt cea personală și cea a mediului; experiența personală a impulsurilor, senzațiilor la nivelul pielii, erotismului muscular și a pulsionilor implicând excitarea întregii persoane și, de asemenea, chestiunile de gestionare corporală și întâmpinarea cererilor pulsionale într-un asemenea mod încât gratificarea să devină posibilă. Un accent special poate fi pus aici pe exercițiul fizic, mai ales cel care apare spontan. În prezent este acceptat, în domeniul îngrijirii copilului, că este important să se permită plăcerea pe care micuții bebeluși o au în a sta goi și a da din piciorușe. Efectul înfășurii s-a demonstrat că afectează dezvoltarea personalității.¹

Ratarea experienței pulsionale poate să ducă mai ales la o slăbire sau pierdere a legăturii psihic-corp. Relația revine în timp totuși, în cazul în care gestionarea liniștită (neexcitată) este bine fundamentată.

În cadrul psihiatriei adulților, termenul „depersonalizare” este folosit pentru a descrie pierderea relației dintre *psyche* și *soma*. Acest termen poate fi folosit pentru a descrie o stare clinică frecventă la copiii normali, o stare care este în mod obișnuit numită „criză biliară”, deși vărsăturile nu sunt întotdeauna prezente; copilul este, pentru o perioadă de timp, flasc și alb ca varul, și nu este disponibil pentru nici un fel de contact — și totuși, în câteva minute sau ore, el își revine și este perfect normal, cu tonus muscular normal și piele caldă.

PARANOIA ȘI NAIVITATEA²

Uneori este instructiv să compari două extreme. În cadrul dezvoltării normale, integrarea și instalarea psihicului în corp de-

¹ G. Gorer și J. Rickman (1949): [*The People of Great Russia: a psychological study*].

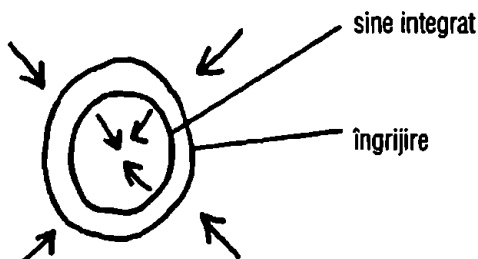
² „Naivete” în original. (N. t.)

pind atât de factorii personali ai experiențelor funcționale trăite, cât și de îngrijirea furnizată de mediu. Totuși uneori accentul este pus pe factori, iar alteori, pe îngrijire.

În primul tip extrem de dezvoltare, bebelușul individual este implicat într-o așteptare a persecuției. Unificarea sinelui constituie un act de ostilitate împotriva ne-MINE-lui, iar reîntoarcerea la odihnă nu este o reîntoarcere într-un loc odihnitor, deoarece locul a fost tulburat și a devenit periculos. Aici se află deci o sursă foarte timpurie de dispoziție paranoidă, foarte timpurie, dar nu moștenită sau cu adevărat constituțională.

În cel de-al doilea tip extrem de dezvoltare, îngrijirea furnizată de mediu este cauza principală a unificării sinelui; chiar se poate spune că sinele a fost unificat. Aici există o relativă absență a unei persecuții așteptate, dar în schimb există un fundament pentru naivitate, pentru o incapacitate de a se aștepta la persecuție și pentru o dependență irevocabilă de o bună furnizare a mediului.

În cazurile normale, care se află între cele două extreme, există o așteptare la persecuție, dar și experiența unei îngrijiri ca protecție în fața persecuției.



Plecând de la această bază, individul poate deveni treptat capabil să substituie autoîngrijirea îngrijirii și poate deci dobândi un grad de independență care nu este posibil nici în extrema naivă, nici în cea paranoidă.

Stările cele mai timpurii

DIAGRAMA ARANJAMENTULUI MEDIU-INDIVID

Se poate examina un stadiu încă și mai timpuriu al dezvoltării individuale, folosind iar o nouă metodă de prezentare. Putem folosi o diagramă.

Acum mediul deține cel mai important rol și nu poate fi lăsat deoparte nici în teorie, nici în practică.

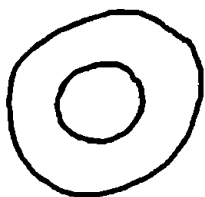
Orice va fi spus acum va trebui să fie aplicabil bebelușului atât înaintea nașterii la termen, cât și după naștere. Nu este necesar să decidem vârsta exactă la care fătul devine o persoană ce poate fi studiată din punct de vedere psihologic, dar se poate spune cu relativă certitudine că, în timp ce un copil postmatur dă semne că a stat prea mult în uter, un copil prematur dă semne că are o capacitate redusă de a avea experiențe ca ființă umană. Fără îndoială, momentul potrivit din punct de vedere psihologic pentru nașterea unui bebeluș este mai mult sau mai puțin același cu cel potrivit din punct de vedere somatic, și anume după nouă luni de existență intrauterină.

Efectul procesului nașterii va fi studiat în capitolul următor, dar acum este necesar să încercăm să găsim un limbaj aplicabil fătului aflat aproape de termen, astfel încât atunci când vom examina efectul traumei nașterii asupra individului, să avem un punct de pornire, un mod de a privi

fătul uman care să aibă sens și care să nu fie o construcție imaginară din partea psihologului. Singura întrebare este: la ce vârstă începe o ființă umană să aibă experiențe? Trebuie să luăm în calcul existența unei capacități a copilului dinainte de naștere de a reține amintiri corporale, de vreme ce există un număr de dovezi că, începând dinainte de naștere, nimic din ceea ce experimentează o ființă umană nu se pierde. Este bine cunoscut că bebelușii au anumite mișcări în uter care la început sunt destul de asemănătoare cu mișcările de înot ale peștelui. Activitățile foarte importante ale bebelușilor le sunt bine cunoscute mamelor care sunt atente la mișcările în uter din luna a șasea; probabil senzațiile debutează de asemenea la un moment dat; în orice caz, este posibil și chiar probabil să fie prezentă o organizare centrală care în mod obișnuit poate observa aceste experiențe.

Vreau să postulez un mod de a fi care este o realitate pentru copilul obișnuit atât înainte de naștere, cât și după. Acest mod de a fi îi aparține bebelușului, și nu observatorului. Continuitatea ființării înseamnă sănătate. Dacă se adoptă analogia cu o bulă, se poate spune că, dacă presiunea exterioară este adaptată celei interioare, atunci bula are o *continuitate a existenței*, iar dacă ar fi un bebeluș uman, acest lucru s-ar numi „ființare”. Dacă, pe de altă parte, presiunea exterioară bulei este mai mare sau mai mică decât presiunea interioară, atunci bula este angajată într-o *reacție la ingerință*. Se modifică ca reacție la schimbarea din mediu, nu în urma unei experiențe impulsive personale. În termenii organismului uman, acest lucru înseamnă că există o întrerupere a ființării, iar locul ființării este luat de reacția la ingerință. Atunci când ingerința se termină, reacția la ea nu mai este actuală și există o reîntoarcere la ființare. Aceasta mi se pare o descriere care nu numai că poate să ne ducă înapoi la viața intrauterină fără a solicita vreun efort de imaginație, dar poate și să fie aplicată în mod util ca o simplificare extremă a fenomenelor foarte complexe aparținând vieții de la orice vârstă ulterioară.

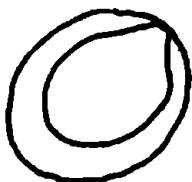
1.



Aceasta reprezintă izolarea absolută a individului ca parte a unității originare a aranjamentului mediu-individ.

Se naște întrebarea: cum se va realiza contactul? Va fi ca parte a procesului de viață al individului sau ca parte a agitației mediului?

2.



Haideți să presupunem că adaptarea activă este aproape perfectă. Atunci rezultatul este după cum se vede în diagrama 2. Propriile mișcări ale individului (poate o mișcare fizică propriu-zisă a spatelui sau a piciorului în uter) descoperă mediul. Acest lucru, repetat, devine un model de relație.

Într-un caz mai puțin fericit, modelul de relație se bazează pe o mișcare din partea mediului, după cum se vede în diagrama 3. Această mișcare merită denumirea de „ingerință”.

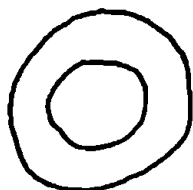
3.



Individul reacționează la ingerință, care este imprevizibilă, de vreme ce nu are nimic de-a face cu procesul de viață al individului. Acest lucru, repetat, de asemenea devine un model de relație, iar rezultatul este foarte diferit de cel din cazul primului model. În timp

ce, în primul caz, totalul experiențelor este perceput ca parte din viață și real, în cel de-al doilea caz, reacția la ingerință îndepărtează de sentimentul unei trăiri reale, care este redobândit doar prin reîntoarcerea la izolarea în liniște (diagrama 4).

4.



Prin intermediul acestei reprezentări diagramatice simple, se poate arăta că influențele mediului pot începe de la o vârstă foarte timpurie să determine dacă o persoană va încerca să experimenteze sau se va retrage din lume când va avea nevoie de o reasigurare că viața merită trăită. Este posibil ca rigiditatea și inadaptabilitatea unei mame (datorate anxietății sau stării depresive) să se manifeste în acest mod pentru bebeluș înainte de momentul nașterii.

Discutând din punctul de vedere al acestui postulat al ființării, continuității ființării și întreruperii acestei continuități prin reacții la ingerințe, cu reîntoarcere la ființare, putem face încă o afirmație: că, începând cu ceva timp înainte de naștere, bebelușul uman se obișnuiește cu întreruperile continuității și începe să devină capabil să le tolereze, cu condiția să nu fie prea severe sau prea prelungite. În termeni fizici, acest lucru înseamnă că bebelușul nu numai că a avut experiențe de modificare a presiunii sau a temperaturii sau a altor fenomene simple din mediu, ci le-a și apreciat și a început să organizeze o modalitate de a se descurca cu ele. Din punctul de vedere al observatorului, mediul este la fel de important și atunci când există o simplă continuitate a ființării, și atunci când provoacă o ingerință, iar continuitatea este întreruptă de o reacție; pentru bebeluș totuși, nu există nici un motiv pentru conștientizarea mediului îndeajuns de bun. Mediul îndeajuns de bun este absolut esențial, trebuie să ne reamintim, pentru dezvoltarea naturală a ființei umane care se trezește la viață.

Încercările de a studia psihologia stadiilor foarte timpurii ale dezvoltării umane au fost viciate și de obicei făcute inutile din cauza eșecului psihologului de a menționa mediul îndeajuns de bun, pe care bebelușul în mod inherent nu-l con-

știentizează, dar fără de care nu s-ar putea dezvolta. Uneori acest considerent poate fi aplicat practic chiar și într-un tratament psihanalitic obișnuit. Ca exemplu, aş menționa cazul unui pacient care, într-un anumit moment în analiza sa, a spus, în timp ce stătea întins pe canapea cu fața în sus:

„Adineauri eram ghemuit undeva aici, în fața mea, și mă tot răsuceam în jurul meu.”

Imediat am plasat un mediu în jurul bebelușului ghemuit, spunându-i pacientului: „Atunci când îmi spui asta, faci aluzie și la ceva de care nu aveai cum să știi, adică la existența a ceea ce eu aş numi un mediu.” (Mă refeream, bineînțeles, atât la condițiile fizice din uter, cât și la mediul psihologic.) Pacientul a spus: „Înțeleg ce vrei să spui, cum ar fi uleiul în care se învârt roțile.” (Analogie cu o cutie de viteze sau cu un sistem de roți dințate.)

Ca rezultat al faptului că am știut ce să fac cu acest moment de retragere, această experiență s-a transformat într-un moment regresiv foarte important în cadrul analizei și a dus la mari schimbări, inclusiv în ceea ce privește capacitatea pacientului de a trata realitatea externă într-o manieră nouă.

În toate tipurile de îngrijire a copilului și gestionare infantilă, ca și în îngrijirea bolnavilor fizic și psihic, această simplă diagramă a unui mediu care conține individul este importantă pentru persoana care reprezintă mediul.

Principiul esențial este că, prin adaptarea activă la necesitățile simple (pulsunile încă nu și-au preluat poziția centrală), individul poate FI și nu are nevoie să știe de mediu. De asemenea, eșecurile adaptării declanșează întreruperea continuității ființării, reacția la ingerința mediului și o stare de lucruri care nu poate fi productivă. Narcisișmul primar, sau starea *anterioară* acceptării realității unui mediu, este singura stare din care mediul poate fi creat.

ACȚIUNEA GRAVITAȚIEI

Există un considerent subsidiar important care afectează atât gestionarea bebelușilor, cât și pe cea a bolnavilor grav psihotici care au regresat fie din cauza bolii, fie în cursul tratamentului datorat bolii. Mă refer la prima experiență a acțiunii gravitației.

Trebuie să postulăm un stadiu, care aparține vieții intrauterine, în care gravitația nu a apărut încă; iubirea, sau îngrijirea, poate fi exprimată și apreciată doar în termeni fizici, prin adaptarea mediului care este aplicată din toate direcțiile. Una dintre schimbările declanșate de nașterea copilului este aceea că bebelușul nou-născut trebuie să se adapteze la ceva foarte nou, adică la experiența de a fi împins de jos în sus, în loc de aceea de a fi (con)ținut din toate părțile. Bebelușul trece de la a fi iubit din toate direcțiile la a fi iubit doar de jos în sus. Faptul că mamele recunosc acest lucru este ilustrat în felul în care își (con)țin bebelușii și în felul în care îi înfașă uneori strâns în scutece; încearcă să le ofere timp acestora pentru a se obișnui cu noul fenomen. Stângăcia în gestionarea acestei treceri de la era pregravitațională la cea gravitațională furnizează un fundament visului de a cădea la infinit sau de a fi ridicat la înălțimi infinite. Din simptomatologia oamenilor adulți este evident că, din punctul de vedere la bebelușului, trecerea de la o eră la cealaltă poate reprezenta trecerea de la a fi iubit la a fi neglijat.

O stare primară de ființare: stadiile pre-primitive

La început există neintegrare, nu există nici o legătură între trup și psihic și nici un spațiu pentru o realitate ne-MINE. Teoretic, aceasta este starea originară, nestructurată și neplanificată. În practică, acest lucru nu este adevărat, deoarece bebelușul este îngrijit, adică iubit, ceea ce înseamnă iubit fizic. Adaptarea la necesități este aproape completă.

Pe măsură ce privim spre cele mai timpurii rădăcini ale dezvoltării emoționale, descoperim din ce în ce mai multă dependență. În cel mai timpuriu stadiu, dependența de mediu este atât de completă, încât nu merită să ne gândim la noua ființă umană individuală ca la o unitate. În acest stadiu, unitatea este *aranjamentul mediu-individ* (sau oricum am numi acest lucru), unitate din care noul individ reprezintă doar o parte. În acest stadiu foarte timpuriu, nu este logic să discutăm despre un individ, și asta nu doar din cauza gradului de dependență, și nu doar din cauză că noul individ nu are încă puterea să distingă un mediu, ci și din cauză că încă nu există un sine individual care să discrimineze între MINE și ne-MINE.

Atunci când privim, vedem o mamă și vedem un copil care se dezvoltă în uterul ei, sau care este ținut în brațele ei, sau care se află în oricare alt fel în grija ei. Dar dacă privim prin ochii bebelușului, nu am atins încă un stadiu în care să existe

un loc din care să privim. Cu toate acestea, germenii dezvoltării viitoare se află acolo, iar continuitatea experienței ființării este esențială pentru sănătatea viitoare a bebelușului care va fi un individ.

Care este starea individului uman atunci când ființarea emerge din neființare? Care este fundamentul naturii umane în termenii dezvoltării individuale? Care este starea fundamentală la care fiecare individ, oricât ar fi de bătrân și oricâte experiențe ar avea, poate să se reîntoarcă pentru a o lua de la început?

O descriere a acestei stări trebuie să implice un paradox. La început există o singurătate intrinsecă. În același timp, această singurătate nu poate exista decât în condiții de maximă dependență. Aici, la început, continuitatea ființării noului individ se petrece în lipsa oricărei conștientizări a mediului sau a iubirii din mediu, acesta fiind numele pe care îl dăm (în acest stadiu) adaptării active de o asemenea manieră și într-un asemenea grad încât continuitatea ființării să nu fie tulburată de reacția la ingerințe.

Cu excepția începutului, această singurătate fundamentală și inerentă nu mai este niciodată reprodusă exact. Cu toate acestea, de-a lungul vieții unui individ, continuă să existe o singurătate fundamental inalterabilă și inerentă, însoțită de absența conștientizării condițiilor intrinseci acestei stări de singurătate.

Dorința de a ajunge la această singurătate interferează cu diverse anxietăți și este ascunsă în capacitatea unei persoane sănătoase de a-și îngriji singură partea sinelui destinată auto-îngrijirii.

Starea anterioară celei de singurătate este una de lipsă de viață, iar dorința de a muri este adesea o dorință deghizată de a nu fi încă viu. Experiența „primei deșteptări” îi conferă individului uman ideea că există o stare pașnică de lipsă de viață care poate fi atinsă în mod pașnic printr-o regresie extremă. Multe dintre lucrurile care sunt în mod obișnuit spuse sau simțite despre moarte au legătură cu această primă stare de *dinaintea ființării*, în care singurătatea este o realitate și cu mult înainte ca dependența să fie întâlnită. Viața unui individ este

un interval între aceste două stări de lipsă de viață. Prima dintre acestea, din care apare viața, nuanțează ideile oamenilor despre a doua moarte.

Freud vorbea despre starea anorganică din care emerge fiecare individ și la care se reîntoarce fiecare individ și, plecând de la această idee, și-a formulat opinia despre Pulsiiunile de Viață și de Moarte. Faptul că Freud a prezentat această realitate evidentă și a lăsat să se înțeleagă că în ea se ascunde un adevăr demonstrează geniul lui. Nici utilizarea imediată de către Freud a acestei realități, nici dezvoltarea unei teorii despre Pulsiiunile de Viață și de Moarte pornind de la ea nu mă conving, și ar fi mai fructuos dacă cei care doresc să dezvolte munca lui Freud în acest domeniu ar ignora totul cu excepția ideii originare.

Aș vrea să alătur două formulări separate, punând în lumină un paradox; un observator poate percepe că fiecare ființă umană individuală rezultă ca materie organică din materie anorganică, iar la timpul potrivit se reîntoarce la starea anorganică. (Nici măcar acest lucru nu este cu totul adevărat, de vreme ce individul se dezvoltă dintr-un ovul cu o preistorie alcătuită din toate ovulele ancestrale fertilizate de la apariția originară a materiei organice din cea anorganică, în urmă cu milioane de ani); în același timp, din punctul de vedere al individului și al experienței individuale (care constituie psihologia), apariția nu s-a făcut dintr-o stare anorganică, ci din singurătate; această stare care se naște înainte de dependență poate fi recunoscută, dependența fiind de necontestat; această stare este mult anterioară pulsiiunilor, și încă și mai îndepărtată de capacitatea de vinovăție. Atunci ce poate fi mai natural decât ca această stare, a cărei experiență s-a făcut, să fie revendicată în explicarea morții incognoscibile care urmează vieții?

Bebelușul (sau fătul) nu are deloc capacitatea de a fi îngrijorat cu privire la moarte. Totuși trebuie să existe în fiecare bebeluș capacitatea de a fi îngrijorat cu privire la singurătatea pre-dependenței, de vreme ce aceasta a fost trăită, iar această idee nu este tulburată de nesiguranța cu privire la momentul în care bebelușul uman începe să existe.

Recunoașterea acestei experiențe umane inerente a singurătății pre-dependente este de o importanță extraordinară. Dezvoltarea ulterioară a lui Freud a teoriei despre Pulsiiunile de Viață și de Moarte introduce conceptul de moarte percepută, distincția percepută dintre stările organică și anorganică, și chiar ideea distructivității, și în același timp Freud omite să se refere la dependența originară, mai mare tocmai pentru că nu este încă simțită, și la înțelegerea și perceperea treptată a dependenței. Până la urmă, teoria lui devine o falsă teorie a morții ca sfârșit al vieții și, de asemenea, o teorie a agresivității care este și ea falsă deoarece evită două surse extrem de importante ale agresiunii: cea care este inerentă impulsului de iubire primitiv (în stadiul pre-îndurare, în afara reacției la frustrare) și cea care aparține întreruperii continuității ființării prin ingerințe care impun reacții. Dezvoltarea teoriei psihanalitice în vederea cuprinderii acestor (și poate și altor) fenomene timpurii probabil a făcut ca teoria freudiană despre Pulsiiunile de Viață și de Moarte să fie redundantă, și mi se pare că propria îndoială a lui Freud cu privire la validitatea acestei teorii a devenit mai importantă decât teoria însăși. Totuși bineînțeles că este posibil ca eu să fi înțeles greșit ce voia Freud să spună cu adevărat.

Dacă poate fi găsită secvențialitatea: singurătate, dependență crescută, impuls pulsional într-un stadiu anterior îndurării, apoi îngrijorare și vinovăție, nu pare necesar să introducem o „Pulsione a Morții”. Dacă, pe de altă parte, nu există nici un element agresiv în impulsul de iubire primitiv, ci doar furie în urma frustrării, și deci dacă trecerea de la neîndurare la îngrijorare nu are importanță, atunci este necesar să căutăm o teorie alternativă a agresiunii, iar atunci Pulsionea Morții trebuie reexaminată.

Moartea, pentru un bebeluș aflat la început, înseamnă ceva foarte bine definit, și anume pierderea ființării datorită reacției prelungite la ingerințele din mediu (eșecul adaptării îndeajuns de bune). Nu este nevoie să trecem dincolo de asta și să forțăm o teorie a cunoștinței infantile timpurii a lipsei de viață, care este absurdă, de vreme ce ar presupune o dezvoltare importantă care, prin ipoteză, încă nu a avut loc.

Haos

Nu trebuie să postulăm o stare originară de haos. Haosul este un concept care poartă în el ideea de ordine; și nici întunericul nu există la început, de vreme ce întunericul implică lumină. La început, înainte ca fiecare individ să creeze lumea din nou, există pur și simplu o stare de ființare și zorii unei conștientizări a continuității ființării și a continuității existenței în timp.

Haosul apare prima oară în istoria dezvoltării emoționale a individului ca urmare a întreruperilor reactive ale ființării, mai ales atunci când aceste întreruperi durează prea mult. Inițial, haosul este ruperea firului ființării, iar recuperarea se produce prin reexperimentarea continuității; dacă tulburarea depășește un grad de toleranță stabilit prin experiențele anterioare de ființare continuă, atunci, după niște legi economice primare o cantitate de haos va intra în constituția individului.

Haosul capătă înțeles exact atunci când începe să se discearnă un fel de ordine. Reprezintă o alternativă la ordine și, în momentul în care haosul însuși poate fi perceput de individ, a devenit deja un fel de ordine, o stare care poate deveni organizată ca apărare împotriva anxietăților asociate cu ordinea.

Haosul capătă noi înțelesuri în relație cu ordinea care se numește „integrare” Neintegrarea — starea primară — nu este haotică. Dezintegrarea este haotică, reprezentând o alter-

nativă la ordine, și se poate spune că este un tip rudimentar de organizare defensivă, defensivă împotriva anxietăților pe care integrarea le aduce cu ea. Cu toate acestea, dezintegrarea nu este o stare care să poată continua de la sine, și în măsura în care trebuie menținută, dezvoltarea emoțională trebuie suspendată. Fiecare formă de haos contribuie la haosul care aparține stadiilor următoare, iar revenirea din haos într-un stadiu timpuriu furnizează o contribuție pozitivă la revenirea ulterioară din haos.

Fără îndoială că există un grad de haos în mediu, care nu poate duce decât la o stare defensivă haotică în individ, cu un rezultat greu de diferențiat clinic de defectul mintal care ține de o deficiență a țesutului cerebral. Defectul rezultă în acest caz dintr-o stagnare permanentă a dezvoltării la o dată foarte timpurie.

Haosul lumii interioare este un fenomen care apare mult mai târziu. În limbajul fenomenelor mai târzii, haosul lumii interioare este o stare organizată care derivă din sadismul oral și aparține vieții pulsionale a ființei umane care a atins statutul de unitate și are un înăuntru și un în afară. Anxietatea ipohondriacă ține de acest haos dinăuntru, iar depresia (una dintre formele ei) implică un control magic asupra tuturor fenomenelor interne, până la reconstrucția ordinii intrinseci.

Haosul din lumea externă care este elaborat de pacientul depresiv reprezintă încercarea individului de a arăta cum este interiorul lui. Ca apărare împotriva unei astfel de proceduri, individul poate deveni obsedat de necesitatea de ordine exterioară, ca în nevroza obsesională; dar comportamentul obsesional permanent indică haosul interior, așa încât ordinea obsesională nu poate vindeca, deoarece nu poate trata decât cu reprezentările externe sau negările haosului intern.

Deci la început nu există haos pentru că nu există ordine. Această stare poate fi numită „neintegrare”. Haosul apare în relație cu integrarea și reîntoarcerea la haos se numește „dezintegrare”.

Următoarele stări defensive nu sunt haotice, dar sunt de natura clivajului. Clivajul este o stare esențială pentru toate fi-

ințele umane, dar una care poate să nu devină semnificativă, dacă gestionarea efectuată de mamă face posibilă amortizarea iluziilor. În absența unei adaptări active care să fie îndeajuns de bună, clivajul devine semnificativ, cu următoarele rezultate:

- A. Rădăcina sinelui adevărat, cu spontaneitatea, relaționată în mod omnipotent cu lumea subiectivă, incomunicabilă și
- B. Sinele fals relaționat pe baza complianței (fără spontaneitate) cu ceea ce noi numim realitatea exterioară.

Treptat, pe măsură ce dezvoltarea avansează, individul poate cuprinde clivajul care există în personalitate, și atunci lipsa unității este numită „disociere”.

Atingerea statutului de unitate și a poziției depresive face posibilă dramatizarea haosului, a clivajului și a disocierii din lumea interioară personală, rezultatele complexe ale experiențelor pulsionale personale fiind încorporate în aceste dramatizări.

După ce individul a atins statutul de unitate, dezintegrarea este o desfacere organizată a integrării, determinată și menținută datorită anxietății intolerabile din experimentarea unității. Clivajul până la dezintegrare are loc de-a lungul liniilor de sciziune din aranjamentul lumii interioare sau al liniilor de sciziune din lumea exterioară percepută.

Disocierea este un termen care descrie o stare a unei personalități relativ bine dezvoltate, în care există o lipsă destul de exagerată de comunicare între diverse elemente. De exemplu, poate exista o absență a comunicării între stările de somn și de veghe prin reamintirea viselor. Există o disociere normală (în timp) între viața unui copil de trei ani și viața aceluiași copil când crește cu câțiva ani. Disocierea se poate manifesta ca o predispoziție la „evaziuni”¹, la perioade de acțiune și viață care nu se înscriu în caracterul general al copilului și pe care acesta nu și le reamintește după aceea.

¹ În original „fugues”. (N. t.)

Individul devine acum capabil să piardă contactul cu organizările vaste asociate cu nivelurile primitive de existență și să se bucure de o conștiință îmbogățită și, de asemenea, tulburată de inconștient. Anumite elemente din cadrul sinelui rămân inacceptabile pentru acesta și o formă specială de inconștient (cel refulat) se constituie acum ca trăsătură.

Refularea este numele dat pierderii din conștiința unei persoane mai mult sau mai puțin sănătoase a unor grupuri de sentimente, amintiri și idei, cauza fiind durerea intolerabilă care aparține conștiinței iubirii și urii coincidente și a fricii de răzbunare. Inhibiția pulsională este strâns legat de aceasta. În privința refulării aduce alinare psihanaliza clasică, permițându-i pacientului să devină conștient de conflict și să tolereze anxietatea care aparține exprimării pulsionale libere.

Dacă dezvoltarea se desfășoară bine, individul devine capabil să înșele, să mintă, să facă compromisuri, să accepte conflictul ca realitate și să abandoneze ideile extreme de perfecțiune și de opus al perfecțiunii, care fac existența intolerabilă. Capacitatea de a face compromisuri nu este o caracteristică a celor nebuni.

Ființa umană matură nu este nici atât de drăguță, nici atât de urâcioasă ca cea imatură. Apa din pahar conține noroi, dar nu este noroi.

Funcția intelectuală

La început există corpul, apoi un psihic care, la indivizii sănătoși, devine treptat ancorat în corp; mai de vreme sau mai târziu apare un al treilea fenomen, care se numește „intelect” sau „minte”.

Cea mai bună abordare a unui studiu al locului minții în natura umană este pornind de la baza simplei existențe a continuumului *psyche-soma*, în prezența unui mediu care este îndeajuns de bun.

La început, mediul trebuie să se adapteze 100% la necesități, altfel starea de ființare este întreruptă de reacția la ingerințe. Totuși, curând, o adaptare totală devine inutilă și o treptată adaptare inadecvată la necesități devine utilă (fiind în același timp inevitabilă). Intelectul a început să explice și să permită și să se aștepte la o adaptare inadecvată (până la un anumit nivel) și, astfel, să transforme un oarecare grad de adaptare inadecvată înapoi în adaptare totală. Experiențele sunt catalogate, clasificate și puse în legătură cu un factor temporal. Cu mult înainte ca gândirea să se constituie ca trăsătură, gândirea necesitând probabil cuvinte, intelectul avea deja o funcție de îndeplinit. Funcția intelectuală variază deci într-un foarte mare grad de la bebeluș la bebeluș, de vreme ce travaliul care trebuie îndeplinit de către minte depinde nu atât de factorii inerenți ai ființării și ai creșterii, cât de comportamentul mediului sau al mamei care îngrijește bebelușul. O gestiona-

re haotică (mamă nebună) determină o confuzie intelectuală și un tip de defect mintal, dar o ușoară creștere a efortului datorată unei adaptări inadecvate inițiale poate determina o supradimensionare intelectuală și o dezvoltare a minții care poate fi folosită mai târziu într-un mod valoros, deși această stare aduce cu ea un anumit grad de instabilitate, de vreme ce, ca fenomen, este mai degrabă reactivă decât inerentă.

Într-un caz extrem, o supradezvoltare intelectuală care reușește să contrabalanseze adaptarea inadecvată la necesități devine ea însăși atât de importantă în economia copilului, încât mintea devine bona care acționează ca mamă-surogat și îngrijește copilul în sinele acestuia. Într-un astfel de caz, mintea are o falsă funcție și o viață proprie și ajunge să domine continuumul *psyche-soma*, în loc să reprezinte o funcție specială a acestuia. Rezultatul îi poate mulțumi pe profesorii și părinții care apreciază inteligența. Cu toate acestea, psihiatrii cunosc și pericolele, și sentimentul de irealitate al tuturor lucrurilor, pentru un individ care s-a dezvoltat într-un astfel de mod. Această abordare a studiului folosirii minții trebuie efectuată împreună cu studiul capacității intelectuale care depinde de calitatea creierului, calitate ce este în mare parte o chestiune de ereditate. Testele de inteligență de rutină care au fost proiectate cu atenție și ingeniozitate în ultimii ani intenționează să examineze această din urmă calitate a intelectului. Totuși aceste teste nu oferă nici un fundament pentru evaluarea personalității sau a creșterii emoționale personale.

Retragere și regresie

In stadiile finale ale unei psihoterapii în care a existat o regresie localizată în situația analitică, și dezvoltată și menținută în cadrul profesional al tratamentului, devine evident că există o relație strânsă între această regresie și retragerea obișnuită. Retragerea este un fenomen frecvent și, dacă condițiile nu sunt favorabile, atunci retragerea este organizată într-un mod ostil și se poate aplica expresia „a fi morocănos”

Este util să judecăm retragerea ca o stare în care persoana în cauză (copil sau adult) (con)ține o parte regresată a sinelui și o îngrijește, sacrificând relațiile externe.

Dacă, în momentul unei retrageri din cadrul unei psihoterapii, unde există posibilitatea observării și gestionării pline de tact, terapeutul intervine rapid și (con)ține copilul, atunci pacientul îi transferă terapeutului îngrijirea și devine treptat acel copil.

Retragerea este o procedură protectoare și este utilă, dar reîntoarcerea din retragere nu aduce nici o alinare și chiar există complicații inerente acestui proces. Totuși regresia are o calitate tămăduitoare, de vreme ce prin ea pot fi corectate experiențe timpurii și există o odihnă reală în experiența și recunoașterea dependenței. Reîntoarcerea din regresie depinde de o recâștigare a independenței, iar dacă acest lucru este bine gestionat de către terapeut, rezultatul este că pacientul se va

re haotică (mamă nebună) determină o confuzie intelectuală și un tip de defect mintal, dar o ușoară creștere a efortului datorată unei adaptări inadecvate inițiale poate determina o supradimensionare intelectuală și o dezvoltare a minții care poate fi folosită mai târziu într-un mod valoros, deși această stare aduce cu ea un anumit grad de instabilitate, de vreme ce, ca fenomen, este mai degrabă reactivă decât inerentă.

Într-un caz extrem, o supradezvoltare intelectuală care reușește să contrabalanseze adaptarea inadecvată la necesități devine ea însăși atât de importantă în economia copilului, încât mintea devine bona care acționează ca mamă-surogat și îngrijește copilul în sinele acestuia. Într-un astfel de caz, mintea are o falsă funcție și o viață proprie și ajunge să domine continuumul *psyche-soma*, în loc să reprezinte o funcție specială a acestuia. Rezultatul îi poate mulțumi pe profesorii și părinții care apreciază inteligența. Cu toate acestea, psihiatrii cunosc și pericolele, și sentimentul de irealitate al tuturor lucrurilor, pentru un individ care s-a dezvoltat într-un astfel de mod. Această abordare a studiului folosirii minții trebuie efectuată împreună cu studiul capacității intelectuale care depinde de calitatea creierului, calitate ce este în mare parte o chestiune de ereditate. Testele de inteligență de rutină care au fost proiectate cu atenție și ingeniozitate în ultimii ani intenționează să examineze această din urmă calitate a intelectului. Totuși aceste teste nu oferă nici un fundament pentru evaluarea personalității sau a creșterii emoționale personale.

Retragere și regresie

In stadiile finale ale unei psihoterapii în care a existat o regresie localizată în situația analitică, și dezvoltată și menținută în cadrul profesional al tratamentului, devine evident că există o relație strânsă între această regresie și retragerea obișnuită. Retragerea este un fenomen frecvent și, dacă condițiile nu sunt favorabile, atunci retragerea este organizată într-un mod ostil și se poate aplica expresia „a fi morocănos”.

Este util să judecăm retragerea ca o stare în care persoana în cauză (copil sau adult) (con)ține o parte regresată a sinelui și o îngrijește, sacrificând relațiile externe.

Dacă, în momentul unei retrageri din cadrul unei psihoterapii, unde există posibilitatea observării și gestionării pline de tact, terapeutul intervine rapid și (con)ține copilul, atunci pacientul îi transferă terapeutului îngrijirea și devine treptat acel copil.

Retragerea este o procedură protectoare și este utilă, dar reîntoarcerea din retragere nu aduce nici o alinare și chiar există complicații inerente acestui proces. Totuși regresia are o calitate tămăduitoare, de vreme ce prin ea pot fi corectate experiențe timpurii și există o odihnă reală în experiența și recunoașterea dependenței. Reîntoarcerea din regresie depinde de o recâștigare a independenței, iar dacă acest lucru este bine gestionat de către terapeut, rezultatul este că pacientul se va

afla într-o stare mai bună decât înainte de episod. Toate acestea depind, bineînțeles, atât de existența unei capacități de a avea încredere, cât și de capacitatea terapeutului de a justifica această încredere, și poate exista o lungă fază preliminară a tratamentului consacrată construirii încrederii.

În regresia dintr-o psihoterapie, pacientul (de orice vârstă) trebuie să poată ajunge în cele din urmă la o absență a conștientizării îngrijirii furnizate de mediu și dependenței, ceea ce va însemna că terapeutul furnizează o adaptare la necesități îndeajuns de bună. Aceasta este starea de narcisism primar, care trebuie atinsă în anumite momente ale tratamentului. În călătoria de reîntoarcere, pacientul are nevoie ca terapeutul să joace două roluri — cel mai rău imaginabil, în toate privințele, și cel mai bun — sau o figură maternă idealizată angajată într-o îngrijire perfectă a copilului. Recunoașterea treptată a identității atât a terapeutului idealizat, cât și a celui foarte rău merge mână în mână cu acceptarea gradată din partea pacientului a binelui și răului din cadrul sinelui, a disperării și a speranței, a irealului și a realului și chiar a tuturor extremelor contrastante. La sfârșit, dacă totul merge bine, va exista o persoană care va fi umană și imperfectă, aflată într-o relație cu un terapeut care este imperfect în sensul de a nu fi dispus să acționeze perfect dincolo de un anumit grad și de o anumită perioadă de timp.

Aceleași lucruri se întâlnesc și în îngrijirea obișnuită a copilului, dar sunt mai greu de studiat prin observarea directă a mamei și bebelușului, decât prin studiul relației terapeutice.

Experiența nașterii

Se poate afirma cu certitudine că nu există cunoștințe exacte despre efectul procesului nașterii asupra bebelușului care se naște. Este dificil chiar și de dovedit că există vreun efect. Mulți ar argumenta că nu poate exista vreun efect, de vreme ce bebelușul încă nu există ca ființă umană, pentru a fi afectat. Punctul de vedere pe care îl propun aici este că, la termen, există deja o ființă umană în uter, una care poate avea experiențe și acumula amintiri corporale și chiar organiza măsuri defensive pentru a face față traumelor (ca de exemplu întreruperea continuității ființării datorită reacției la ingerințele mediului, în măsura în care mediul eșuează în adaptare).

Conform acestui punct de vedere, feții la termen trec prin procesul nașterii fiecare cu o capacitate sau lipsă de capacitate individuală de a face față marii treceri de la a fi nenăscut la a fi născut. În acest context, trebuie reamintit că există o variabilitate extremă a gradului în care evenimentul nașterii este traumatic pentru bebeluș, presupunându-se că bebelușul există ca ființă care poate fi luată în considerare.

Cred că trebuie să postulăm existența unei nașteri normale, adică existența unei treceri de la starea de a fi nenăscut la cea de a fi născut care să nu fie traumatică.

Întrebarea este: ce înseamnă acest lucru în termenii psihologiei bebelușului? Nașterea normală implică trei mari trăsături: în primul rând, faptul că bebelușul trăiește o întrerupere fla-

grantă a continuității ființării (datorită ingerințelor schimbării presiunii etc.), dar a devenit deja capabil într-o oarecare măsură să umple golurile din continuitatea ființării, asociate cu reacția la ingerințe; în al doilea rând, faptul că bebelușul a adunat amintiri ale senzațiilor și impulsurilor care reprezintă fenomene ale sinelui, de vreme ce aparțin perioadelor în care ființarea, mai degrabă decât reacția, era la ordinea zilei. A treia trăsătură este reprezentată de faptul că mecanismul procesului nașterii nu este prea anormal, adică nașterea nu este nici precipitată, nici întârziată. Pornind de la aceste presupuneri, putem concepe o naștere în care, din punctul de vedere al bebelușului, trecerea de la starea nenăscută la cea născută este declanșată *de către bebeluș*, care este pregătit din punct de vedere biologic pentru schimbare și care ar fi afectat negativ de întârzierea acesteia. Prin asta vreau să spun că bebelușul are o serie de impulsuri și că progresia înspre a fi născut vine din capacitatea bebelușului de a se simți responsabil. Noi știm, bineînțeles, că nașterea a fost declanșată de contracțiile uterine. Dar *din punctul de vedere al bebelușului*, impulsul lui a fost cel care a produs schimbarea și progresia fizică, de obicei cu capul înainte, către o poziție nouă și necunoscută. Sigur că se înscrie între limitele normalului existența unui grad considerabil de reacție la diversele senzații și ingerințe noi, care o să determine în mod inevitabil întreruperi repetate ale continuității ființării, solicitând până la limita extremă capacitatea bebelușului de a tolera aceste întreruperi. Trebuie să pornim de la presupunerea că poate exista o naștere care, din punctul de vedere la bebelușului, nu devine o ingerință într-un grad excesiv, ci este ceva produs de impulsurile către mișcare și schimbare care izvoresc chiar din starea de a fi viu a bebelușului. Schimbarea stării bebelușului de la a nu respira la a respira este de obicei folosită pentru a exemplifica natura intrinsec traumatică a faptului de a fi născut sau de a fi fost născut.

Totuși sugerez că experiența anterioară a bebelușului de recuperare în urma reacției la ingerințe, plus pregătirea lui biologică pentru trecerea la respirația propriu-zisă pot acoperi până și inițierea respirației și că, de fapt, un bebeluș postnatur poate

la naștere să sufere deja din cauza întârzierii respirației. În mod similar, un bebeluș prematur poate rata ceva din *valoarea* experienței nașterii.

Bebelușii născuți prin operații cezariene reprezintă un caz special, iar studiul modelului anxietății la persoanele născute prin operații cezariene poate arunca ușor o lumină interesantă asupra problemicii sensului nașterii pentru bebeluș, după cum a sugerat chiar Freud.¹

Presupun că într-o naștere normală nu există nici grabă, nici întârziere și că bebelușul născut printr-o operație cezariană, deși în anumite privințe avantajat față de ceilalți bebeluși, pierde ceva prin faptul de a fi privat de experiența obișnuită a nașterii. Cel mai important factor variabil este întârzierea, care apare atât de frecvent în procesul nașterii, datorită faptului că mamele au început să aibă copii destul de târziu în societatea noastră; acest lucru, cuplat cu inhibițiile ce aparțin civilizației și cu realitatea mărimii capului bebelușului uman, determină o stare de lucruri în care este improbabil, de fapt, să aibă loc prea multe nașteri normale. Probabil că ușoare grade de întârziere ce depășesc capacitatea bebelușului de a tolera întârzierea sunt foarte frecvente și, din punct de vedere clinic, descoperim aici un fundament pentru interesul intelectual cu privire la timp și la diviziunea timpului și la dezvoltarea unui simț al sincronizării. Multe ființe umane posedă amintiri corporale ale procesului nașterii ca exemplu izbitor de întârziere dincolo de orice înțelegere, de vreme ce, pentru un bebeluș care reacționează la ingerințele unei nașteri întârziată, nu există nici un precedent și nici o unitate de măsură cu care să măsoare întârzierea sau să prevadă rezultatul. Nu există nici o modalitate prin care să-i comunicăm bebelușului, în timpul unei nașteri întârziată, că aproximativ într-o jumătate de oră se va termina totul, și din această cauză bebelușul este prins într-o întârziere indefinită sau „infinită”. Acest tip de experiență dureroasă conferă un fundament puternic pentru chestiuni de tipul formei în muzică

¹ Comunicare personală [a lui Freud] către John Rickman.
[Vezi și Freud (1905).]

unde, în lipsa oricărei rigidități a unui cadru, ideea finalului este menținută în mintea ascultătorului chiar de la început. Muzica fără formă este plictisitoare. Lipsa de formă în general este infinit de plictisitoare pentru cei ce sunt în mod particular afectați de acest tip de anxietate, din cauza întârzierilor, dincolo de orice înțelegere, ce s-au petrecut în pruncia lor. Muzica, având o structură a formei clară, determină o reasigurare particulară, separat de celelate valori ale muzicii.

Acesta este un exemplu relativ sofisticat și există mulți care nu se pot simți reasigurați împotriva infinitului folosind forme. Pentru aceștia, este necesară o descriere rudimentară a unui program exact după ceas, pentru a preveni ca plictiseala să-i covârșască. Infinitatea sau întârzierea aparțin într-un mod destul de natural procesului nașterii, în timp ce nu este atât de normal și este în mod special important pentru anumiți bebeluși să poată calcula probabilitățile cu mintea lor, astfel încât să ajungă să poată prevedea hrănirea pe baza zgomotelor din bucătărie sau justifica în cele din urmă o întârziere prin înțelegerea tipului de motive ce le determină pe mame să nu fie punctuale.

În procesul nașterii se petrece și trecerea majoră de la a nu respira la a respira. Posed dovezi provenite din munca clinică indicând că bebelușul poate deveni conștient de respirația mamei în sensul de mișcări ale burții sau schimbări ritmice ale presiunii sau zgomotelor și că, după naștere, bebelușul poate avea nevoie să restabilească contactul cu funcționarea fiziologică a mamei, mai ales cu respirația ei. Din acest motiv, consider că este probabil ca anumitor bebeluși să trebuiască să li se permită un contact nud cu mama, și mai ales să poată fi mișcați în ritmul mișcărilor burții ei. Probabil că pentru un bebeluș care tocmai s-a născut respirația mamei este cea care are sens, în timp ce propria lui respirație rapidă nu are sens până nu începe să se apropie de frecvența ritmului respirației mamei. Cu siguranță că bebelușii, fără a-și da seama ce fac, se joacă cu ritmuri și secvențe, și o observare atentă poate uneori releva că își reglează ritmul respirației cu ritmul cardiac (de exemplu, efectuând o respirație completă pe durata a patru bătăi cardiace). Puțin mai târziu, îi putem vedea încercând să se descurce cu diferența dintre ritmul

lor respirator și cel al mamei și, poate, cu relațiile bazate la început pe respirația cu frecvență dublă sau triplă.

Sucesiunea poate fi aceasta: conștientizarea intrauterină a bebelușului cu privire la respirația mamei; conștientizarea propriei respirații. Fără îndoială că, dacă într-un caz particular nu există nici un motiv special pentru conștientizarea respirației, atunci pur și simplu fiziologia preia controlul, iar copilul respiră și devine conștient de respirație fără a se putea spune ceva mai interesant în acest sens; dar acest lucru nu reprezintă în mod obișnuit neapărat normalul. Aparține în mod particular dezvoltării copilului deficient mintal. Dar, dat fiind că există tot felul de ființe umane, se poate întâmpla să existe mulți bebeluși pentru care respirația să nu reprezinte un lucru chiar așa important, deoarece au alte interese mai strigente, ca de exemplu imaginile eidetice sau echivalentul lor în domeniul auditiv sau kinestezic.

Nașterea anormală din punctul de vedere al bebelușului înseamnă, din punctul nostru de vedere, travaliu prelungit. Multe dintre diversele complicații pe care noi le cunoaștem, ca observatori adulți, sigur nu înseamnă nimic pentru bebelușul care este pe cale de a fi născut. Totuși avem dovezi că ceea ce percepe bebelușul este catalogat, în măsura în care întârzierile și probabil durerile contracțiilor nu tulbură prea mult sau nu determină o perioadă prea lungă în care continuitatea ființării să fie întreruptă. În afara unei predispoziții a bebelușului nou-născut pentru crize convulsive determinate de inflamația corticală, pot exista și așa-zisele „leșinuri”, fără fundament somatic. Nu trebuie uitată posibilitatea ca ele să furnizeze un model pentru dezvoltarea „absențelor”¹ într-un stadiu ulterior. Se pare că doar un anumit grad al traumei nașterii poate fi conținut ca experiență de către bebeluș și că cel mai rău scenariu nu ține atât de afectarea severă ducând la inconștiență, cât de o situație chinuitoare în care există progresia repetată fără prea multă presiune și totuși cu o lipsă repetată, de rezultat.

¹ O varietate de crize convulsive generalizate; pot exista absențe tipice (*petit mal*) sau atipice. (N. t.)

Reiese că, dacă toate acestea, sau măcar o parte, sunt adevărate, atunci există un înțeles foarte real pentru cuvântul „normal” ca descriere a unui copil nou-născut.

Cu siguranță că cei mai mulți copii nu se află în cea mai normală stare la naștere și că au nevoie de o augmentare a tehnicilor de gestionare timpurie prin care mama furnizează un mediu reproducând cât se poate de fidel condițiile intrauterine. Pare să existe o nevoie obișnuită de a fi (con)ținut în liniște după naștere. Probabil că nu numai pielea este foarte sensibilă la schimbările de textură și temperatură, dar că același lucru se poate spune și în termeni psihologici generali.

Probabil că, prin prisma tehnicilor de îngrijire atentă, bebelușul care a trecut printr-un travaliu deosebit de chinuitor are nevoie să-i fie permisă imediat după naștere o perioadă prelungită din cea mai simplă stare cu putință, fie cea de a fi (con)ținut, fie cel mai apropiat echivalent disponibil. Cu siguranță că ideea de a lua un nou-născut și de a-l supune curățării, sau chiar îmbăierii, nu poate reprezenta o procedură potrivită în astfel de cazuri. Mulți copii au nevoie de o perioadă în care să-și recupereze echilibrul pe care-l aveau sau să recupereze un sentiment de continuitate a ființării în locul reacției la ingerințe, astfel încât să poată începe din nou să aibă impulsuri și chiar să caute activ sânul. Este important pentru mamă să-și vadă copilul și chiar să-l simtă lângă corpul ei imediat după naștere, și există mame care simt că acest lucru este atât de important încât anestezia generală este ceva intolerabil pentru ele dacă nu-și pot reveni din ea imediat ce copilul s-a născut. Totuși ar fi greșit să spunem că *toți* bebelușii sunt pregătiți pentru mamele lor imediat după naștere, de vreme ce mulți dintre ei au nevoie să se recupereze în urma experiențelor pe care le-au avut. Probabil că nu este suficient de recunoscut că atât mama, cât și bebelușul care nu este prea tulburat pot amândoi beneficia foarte mult de pe urma câtorva momente împreună, cu bebelușul în contact direct cu pielea mamei și poate legănat de respirația acesteia. Se poate să nu fie o problemă de interes imediat în hrănire, deși pare să existe loc pentru toate tipurile posibile de variații în cadrul termenului „normal”.

Presupun că nu ne putem gândi la tulburarea bebelușului care poate apărea în urma experienței nașterii doar în termenii dilacerării meningelui și hemoragiei din canalul rahidian. Aceste traume fizice apar cu o frecvență considerabilă și uneori starea fizică domină scena, dar în cazurile normale nu este vorba de o traumă fizică atât de importantă încât necesitățile emoționale ale mamei și copilului să trebuiască încălțate.

Probabil cea mai bună dovadă că experiența nașterii este o experiență reală sau, cu alte cuvinte, că bebelușul deja există pentru a putea avea o experiență provine din marea plăcere pe care o fac aproape tuturor copiilor (și adulților, dacă stăm să ne gândim) activitățile și jocurile care implică o punere în act a unuia sau altuia dintre aspectele procesului nașterii. În acest fel se poate vedea iar că, în măsura în care procesul nașterii este normal, el este important pentru copil, astfel încât despre un copil născut în condiții de narcoză severă datorată anesteziei mamei se poate spune că a pierdut ceva.

Există oameni care descoperă dovezi ale amintirilor corporale aparținând procesului nașterii și care, cu toate acestea, nu cred că există un individ prezent în momentul nașterii, capabil să aibă experiențe. Aceștia încearcă uneori să iasă din această dilemă postulând un inconștient rasial, un fel de amintire moștenită a nașterii datorită nenumăratelor nașteri ale strămoșilor. Dar teoria inconștientului rasial poate fi cu ușurință folosită ca o deturnare de la fenomenul foarte interesant și important al dezvoltării individului și al amintirilor experiențelor personale.

Nu este sigur dacă Freud însuși credea că fiecare persoană reține amintirile corporale ale procesului nașterii personale sau dacă presupunea existența a ceva precum un inconștient rasial, atunci când a observat că modelul anxietății poate fi determinat (cel puțin în parte) de către experiențele din timpul nașterii individului. Probabil inițial credea în amintiri rasiale, dar ulterior a tins să gândească mai mult în termenii propriei istorii a individului.

Este relativ evident că, dacă bebelușii sunt capabili, în felul pe care îl presupun eu, să aibă experiențe la această vârstă fragedă, atunci, dacă există întârzieri în procesul nașterii, pot apă-

rea senzații foarte inconfortabile la nivel respirator, mai ales dacă se exercită o presiune asupra cordonului ombilical sau dacă acesta este în jurul gâtului; astfel încât bebelușul devine parțial asfixiat înainte de a putea începe să respire.

Aceste idei, deși dificile, pregătesc drumul pentru luarea în considerare a rezultatelor unei anamneze atente. Anamnezele potrivit efectuate mamelor care sunt încă în posesia tuturor datelor arată că (separat de tulburările corporale) bebelușii variază în privința capacității lor de a începe o viață pulsională în termenii alăptatului la sân. Variațiile în capacitatea mamei de a hrăni, depinzând de propria ei psihologie, de trecutul ei personal și de starea fizică a sânilor și sfârcurilor ei, pot fi luate complet în considerare, și nici stările a doi copii nu sunt prea asemănătoare între ele atunci când o mamă și un copil încep să construiască o relație pe îndelete. Trebuie să rezervăm cuvântul „normal” pentru bebelușul care este pregătit atunci când mama este pregătită, iar atunci putem folosi cuvântul „anormal” pentru a descrie toate gradele de iritabilitate pe care le întâlnim și care adesea fac imposibil ca o mamă să hrănească un anumit copil, deși nu a avut nici o dificultate cu ceilalți copii ai ei.

Este ca și cum anumiți copii se nasc paranoizi, prin aceasta vrând să spun într-o stare de persecuție expectativă, în timp ce alții nu. Este foarte ușor de susținut că bebelușii paranoizi au moștenit o tendință sau manifestă un factor constituțional, dar argumentele în această direcție trebuie precedate de un studiu al preistoriei bebelușului, luând în considerare toate limitările ținând de imaturitatea bebelușului. Am descris anterior moduri în care o dispoziție paranoică poate fi congenitală, dar nu moștenită.

Pentru aceia care nu cred că există o ființă umană prezentă în acest stadiu timpuriu, nu există nici o altă cale decât să accepte factorii constituționali, de vreme ce nu poate exista nici o îndoială că unii copii sunt foarte „dificili” de la început.

În relatările publicate ale teoriei psihanalitice, care s-a bazat la început pe studiul nevrozei la adulți, pare adesea că viața ar începe pentru bebeluș o dată cu prima hrănire. Acest lucru sigur nu este adevărat, și orice studiu care ar face lumină asupra

naturii bebelușului în momentul primei hrăniri, și de asemenea în momentul nașterii, ar fi binevenit. Nu este necesar ca totul să fie cunoscut dintr-o dată. Întrebarea este: care este cea mai bună abordare în studiul acestui subiect? Răspunsul evident este: observarea directă a bebelușilor. Totuși aici există dificultăți foarte mari, de vreme ce nu este posibil să observăm un bebeluș decât în sensul privirii corpului și urmăririi comportamentului. Probabil cel mai convingător studiu al necesităților copilăriei foarte timpurii provine din observarea pacienților analitici care au regresat în cursul tratamentului psihanalitic. Din propria mea experiență, ceea ce m-a învățat cel mai mult a fost observarea regresiei constante urmate de progres în cazurile borderline, adică în cazul indivizilor care trebuie să ajungă până la boala de tip psihotic dinăuntrul lor în cursul tratamentului. Pacienți mai sever bolnavi, aceia care au decompensat până la nivelul unei regresii în afara psihoterapiei, nu sunt atât de utili în cadrul acestui travaliu; dar din lucrările lui Rosen putem vedea că o aplicare directă a principiilor ce au fost descoperite ca valabile în tratamentul persoanelor mai puțin bolnave poate da rezultate chiar în cazul pacienților psihiatrici degenerați. Chiar dacă rezultatele lui Rosen nu ar fi durabile, ar fi suficiente pentru a dovedi că studiul psihozei este similar cu studiul istoriei psihologice foarte timpurii a individului aflat în dezvoltare.

Dacă privim această chestiune din unghiul opus, studiul stadiilor timpurii ale dezvoltării emoționale individuale este cel care poate furniza înțelegerea sănătății mintale ca absență a psihozei. Deci nu există studiu mai important ca acela al individului la începuturi, aflat într-o relație intimă cu mediul. În acest punct se întâlnesc mai multe discipline ale cercetării științifice generale, ale gestionării și diagnosticului psihoterapeutic și psihiatric și, de asemenea, ale filosofiei, cărora le datorăm curajul de a avansa pas cu pas înspre o mai bună înțelegere a naturii umane.

Mediul

Acum se poate efectua un studiu la mediului.

Pentru *indivizii maturi*, mediul reprezintă ceva la care individul contribuie și pentru care bărbatul sau femeia își asumă individual responsabilitatea. Într-o comunitate în care există o proporție îndeajuns de mare de indivizi maturi, există o stare de lucruri care furnizează fundamentul pentru ceea ce se numește „democrație”. Dacă proporția indivizilor maturi se află sub o anumită valoare, democrația nu poate deveni realitate politică, de vreme ce afacerile vor fi conduse de către cei imaturi, adică de către aceia care prin identificarea cu comunitatea își pierd propria individualitate sau de către aceia care nu evoluează niciodată dincolo de atitudinea individului dependent de societate.

Observând *adolescentul*, vedem lărgirea treptată a grupului cu care individul se poate identifica fără pierderea identității personale. Fundamentul acestui grup este reprezentat de viața familială, și știm cât de potrivit este pentru adolescent ca familia originară să continue să existe, astfel încât să se poată atâta revolta împotriva ei, cât și să o poată folosi, și astfel să poată exista experimentări cu alte grupuri mai largi fără pierderea grupului originar care are o preistorie, adică cel care a existat în anii timpurii formativi, înainte de perioada de latență. Copiii aflați în *perioada de latență* sunt foarte afectați de destrămarea căminului, deoarece în acel moment ei nu ar trebui

să fie preocupați cu aceste chestiuni; trebuie să poată lua mediul înconjurător ca fiind de la sine înțeles și să se îmbogățească din punct de vedere educațional și cultural, și să-și îmbogățească jocul și toate tipurile de experiențe personale.

Existența situației familiale are o importanță foarte specială pentru băiat și fată în timpul perioadei foarte importante de creștere emoțională *dinaintea perioadei de latență* și după dobândirea capacității de a stabili relații interpersonale ca între persoane întregi. Acolo unde situația familială are la bază o uniune satisfăcătoare între părinți, copilul poate rezolva toate aspectele diverse ale situației triumphiulare: pulsionilor le poate fi permisă dezvoltarea completă, pot fi visate atât vise heterosexuale cât și homosexuale, și poate fi acceptată întreaga gamă a capacității pentru ură, ca și pentru agresivitate pură și cruzime de către fiecare copil. Toate aceste lucruri se întâmplă de-a lungul timpului datorită supraviețuirii căminului și a unuiu dintre părinți, datorită apariției și supraviețuirii și, uneori, bolii sau morții fraților, și datorită capacității părinților de a distinge realitatea de vis.

Deși existența unui mediu familial este foarte importantă în acest stadiu, ea nu este totuși esențială. Poate ar fi mai potrivit să spunem că devine din ce în ce mai puțin esențială pe măsură ce trece timpul și pe măsură ce copilul devine capabil să folosească situații triumphiulare surogat în care să dramatizeze și să rezolve toată gama de sentimente de care este capabil. Se poate spune că, o dată ce un copil a dobândit capacitatea de relații interpersonale în termeni de persoane întregi, dacă situația familială se destramă, copilul poate totuși fi capabil să o gestioneze, dacă este asigurat un anumit substitut familial și dacă este evitată confuzia. Copiii suportă sau își revin mai ușor în urma morții părinților decât în urma complicațiilor determinate de dificultățile emoționale dintre părinți. Se poate spune că destrămarea unui cămin cu siguranță modifică dezvoltarea emoțională a unui copil aflat în perioada prelatentă, dar depind multe de dezvoltarea emoțională anterioară a acelui copil. Tipul tulburării este de așa manieră, încât, de exemplu, un copil mai mare își poate asuma un com-

portament matern față de unul mai mic atunci când căminul se destramă și se poate descurca bine, dar cu un preț, de vreme ce o atât de mare responsabilitate nu ar fi trebuit să cadă pe niște umeri atât de tineri. Cu toate acestea, copilul rămâne un copil, și în anumite privințe poate fi chiar îmbogățit de către responsabilități. Abia aceasta este perioada în care un copil devine capabil să facă față separării de părinți și este important să distingem separările care implică folosirea de situații triunghiulare surogat — să locuiască pentru un timp cu o mătușă, de exemplu — de cele care implică smulgerea copilului din situațiile triunghiulare cunoscute și trecerea la o gestionare impersonală, cum se întâmplă, de exemplu, atunci când este nevoie ca un copil să fie internat la spital. La această vârstă, copilul nu numai că a încorporat modelele din mediul înconjurător, ci a construit și un model personal de așteptări; s-a remarcat pe bună dreptate că, treptat, copilul dezvoltă un „mediu intern”, iar acesta, pe măsură ce timpul trece și creșterea continuă, ajută la tolerarea eșecului mediului și la organizarea și producerea, într-un mod pozitiv, a împrejurărilor emoționale pe care copilul le dorește. De asemenea, este important de reamintit că, atunci când un copil devine capabil să aprecieze situațiile triunghiulare surogat, este momentul să se furnizeze șanse pentru exercițiul noii capacități. Fundamentul vieții copilului continuă să fie situația triunghiulară originală, cea în care copilul se află în relație cu cei doi părinți. Se poate presupune că un copil de 2 ani abia a intrat, nesigur, în această perioadă în care situațiile triunghiulare surogat pot fi folosite, iar un copil de această vârstă cu siguranță nu este pregătit să facă față desprinderii de situația triunghiulară cunoscută și trecerii la o gestionare impersonală.

Fundamentul vizitelor zilnice la copiii care trebuie internați, ceea ce a devenit un procedeu frecvent abia în ultimii ani în această țară, este reprezentat de nevoia copilului mic de un mediu emoțional simplificat. Se poate spune că un copil de 2 ani care a trecut cu bine prin complexitatea dezvoltării emoționale timpurii nu este pregătit să facă față unei gestionări impersonale, iar îngrijirea fizică satisfăcătoare dintr-un spital

nu este suficientă; astfel încât fie părinții trebuie să-și mențină relația cu el în timp ce copilul este în spital, fie copilul trebuie să aibă posibilitatea să dezvolte un triunghi de relații surrogat în cadrul instituției care a devenit din nefericire necesară din cauza vreunei afecțiuni fizice ce necesită un tratament specializat.

Fără a încerca să fim exacti cu privire la vârste, putem observa că aproximativ în jurul vârstei de 5 ani mulți copii devin capabili să folosească experiențele din afara căminului, în vreme ce, la vârsta de 2 ani, copilul sigur va fi afectat de destrămarea situației familiale — care înseamnă simpla stare de lucruri a cărei bază este reprezentată de uniunea părinților.

La o vârstă și *mai timpurie*, și iar nu este nevoie să fiu exact, trebuie să ne gândim la mediu în perioada în care copilul consolidează atingerea poziției depresive în dezvoltarea emoțională. Pe măsură ce ne deplasăm înspre începuturi, descoperim că mediul devine din ce în ce mai important. Deja când copilul are 2 ani și este normal și se află în procesul rezolvării complexității relației cu cei doi părinți, descoperim că mediul trebuie să fie îndeajuns de bun și trebuie să fie menținut. Atunci când mergem și mai spre început și ne gândim la poziția depresivă, știm că bebelușul *nu poate reuși* fără îngrijirea continuă din partea unei alte persoane. În acel moment este o chestiune de copil și mamă sau mamă-surogat. Mama trebuie să fie disponibilă pentru a (con)ține situația în timp; nu numai că trebuie să fie disponibilă într-un mod fizic, dar trebuie să fie destul de sănătoasă încât atitudinea ei să fie constantă de-a lungul timpului și trebuie să supraviețuiască zilei și cumulărilor de zile pe care le numim săptămâni și luni pentru ca bebelușul să poată experimenta în mod repetat anxietățile asociate cu impulsurile pulsionale, și perlaborarea ulterioară acestor experiențe, și reînnoirea relației cu mama după perioada de perlaborare. Bebelușii pot supraviețui atunci când nimeni nu joacă acest rol, dar supraviețuiesc lipsindu-le ceva din dezvoltarea lor emoțională, ceva de o importanță vitală, iar rezultatul este o neliniște și o lipsă a capacității pentru îngrijorare, o lipsă de profunzime și o incapacitate pentru jocul construc-

tiv și, în cele din urmă, o incapacitate de a munci; cu un rezultat nesatisfăcător atât pentru individ, cât și pentru societate.

Funcția specială a mamei sau a mamei-surogat *de a prezenta bebelușul lumii exterioare* și de a face posibilă iluzia contactului a fost descrisă. Se poate spune că acest aspect al îngrijirii materne nu este într-un mod atât de specific o funcție a mamei reale, de vreme ce, dacă reușește, bebelușul capătă o capacitate pe care o poate folosi tot restul vieții, în timp ce, prin comparație, în ceea ce privește poziția depresivă, ceea ce conținează este capacitatea de a face reparație inițial în privința mamei înseși. Cu toate acestea, se pare că adaptarea foarte sensibilă la necesități, care se cere pentru ca bebelușul să debuteze cu bine în această chestiune a relației cu realitatea exterioară, necesită o stare de lucruri care nu prea poate să apară decât dacă mama reală este cea care se ocupă de copil.

La început, gradul de adaptare necesar este atât de mare, încât nu poate fi realizat îndeajuns de bine decât de cineva care are acel tip de pregătire conferit în mod natural de cele nouă luni de sarcină, în timpul cărora mama devine treptat capabilă să se identifice cu bebelușul într-o măsură care nu i-ar reuși nici măcar aceleași mame la câteva săptămâni după ce bebelușul s-a născut.

Examinând factorii care duc la integrare și la instalarea psihicului în corp, observăm că unul dintre aceștia ține de mediu și de îngrijirea fizică generală ca expresie a iubirii. Aceasta este situația în care este importantă tehnica, mai degrabă decât relația personală, dacă este să existe o astfel de situație, astfel încât în aceste chestiuni există o necesitate relativ mai mică ca mama să fie cea care se ocupă de ele. Cu alte cuvinte, dacă tehnica îngrijirii copilului este bună, problema persoanei care folosește această tehnică nu este atât de importantă. Pe de altă parte, trebuie reamintit că experiența mai multor tehnici reprezintă o situație confuză pentru bebeluș; se poate spune că tehnica unei singure persoane este destul de variată și atât de variată pe cât poate suporta un bebeluș în aceste stadii timpurii, fără să determine confuzie. Un bebeluș crescut într-o instituție poate să se descurce mai bine în privința integrării și in-

stalării psihicului în corp decât în privința inițierii contactului cu realitatea și, după cum am arătat, nu se poate descurca deloc în privința dezvoltării îngrijorării. Totuși diversele aspecte ale dezvoltării emoționale sunt atât de strâns legate între ele, încât este extrem de artificial să delimităm aceste chestiuni între ele.

Dacă mergem și mai mult înapoi, devenim implicați în starea de lucruri în care individul nu posedă nici un sentiment al trecerii timpului, nici o continuitate a integrării, chiar dacă integrarea apare în anumite momente, și nici o capacitate de a se simți dependent. De asemenea, nici capacitatea intelectuală care conferă înțelegerea eșecului adaptativ nu s-a dezvoltat, iar alinarea oferită de elaborarea imaginară, care reprezintă aspectul psihic al funcției, nu este încă disponibilă. În aceste stadii timpurii, se află în funcțiune niște forțe teribile, dar principalul comentariu ar trebui să fie că acele forțe care există sunt foarte importante datorită faptului că încă nu există nici o alinare în privința cruzimii primitive; domnesc factori economici simpli, iar dacă anumite condiții nu sunt prezente, atunci sigur vor apărea anumite tulburări. Pe măsură ce înaintăm către cele mai timpurii stadii, ne îndreptăm către completa fuziune a individului cu mediul, cea implicată de cuvintele „narcisism primar”. Există o stare intermediară între acesta și relațiile interpersonale, care are o foarte mare importanță, despre care se poate spune că între mama care ține copilul în mod fizic și copil există un strat pe care trebuie să-l recunoaștem și care este în același timp atât un aspect al ei, cât și al copilului. Este nebunesc să ai o asemenea perspectivă, și totuși această perspectivă trebuie păstrată. Aici se poate face o analogie strânsă cu situația fizică anterioară nașterii: mama avea un copil înăuntrul ei. Uterul avea înăuntrul lui un întreg organism dezvoltat dintr-un singur ovul care a fost fertilizat. Endometrul s-a specializat pentru a se contopi cu placenta. Între mamă și copil există deci sacul amniotic, placenta și endometrul. Nu este nevoie să exagerăm analogia, dar și din punct de vedere fizic este adevărat că între mamă și bebeluș există un set de substanțe care este absolut esențial până în momen-

tul în care se produce în cele din urmă separarea. Acest set de substanțe se pierde apoi atât pentru mamă cât și pentru bebeluș. În acest stadiu, care este atât de dificil de descris, noi, ca observatori, putem înțelege cu ușurință până unde este mama și de unde începe copilul. Totuși, în psihologia individului, există un important aspect al relațiilor în care se poate spune că și în cel mai intim contact există o lipsă de contact, astfel încât fiecare individ păstrează în mod inerent o izolare absolută pentru totdeauna. În analogia fizică, este adevărat că ovulul era găzduit în corpul mamei, și nu parte din aceasta, iar după fertilizare a existat o organizare treptată a stabilirii independenței; din punct de vedere biologic, se poate spune că mama nu pierde nimic din ea atunci copilul se naște, cu excepția unei părți din endometru care devine contopită cu placenta.

Am folosit cuvântul „nebunesc”, și asta dinadins, deoarece în teoria dezvoltării ființei umane există o dublă pretenție asupra acestei substanțe intermediare în momentul trecerii de la narcisismul primar la relația de obiect. După ce bebelușul se naște, această substanță, care unește și separă deopotrivă, este reprezentată de obiecte și fenomene despre care se poate spune iar că fac parte atât din bebeluș, cât și din mediu. Doar treptat pretendem de la individul aflat în dezvoltare să recunoască complet distincția dintre realitatea exterioară și realitatea psihică interioară; și chiar există o relicvă a acestei substanțe intermediare în viața culturală a adulților — de fapt în ceea ce diferențiază cel mai net ființele umane de animale (religie, artă, filosofie).

Înainte de toate acestea există o stare de *narcisism primar* sau starea în care ceea ce percepem ca mediul din jurul bebelușului și ceea ce percepem ca bebeluș constituie împreună o unitate. Termenul stângaci de „aranjament mediu-individ” poate fi folosit aici. Mediul, așa cum îl cunoaștem noi, nu trebuie să fie menționat, deoarece individul nu deține nici un mijloc de a-l percepe și de fapt individul încă nu există ca atare, nu este încă separat de aspectul care ține de mediu al unității totale. Este un succes al unei dezvoltări emoționale sănătoase

atunci când centrul de greutate al ființării trece treptat înspre partea din unitatea totală pe care noi (privind din afară) o putem vedea cu ușurință ca reprezentând bebelușul.

În acest stadiu foarte timpuriu, trebuie postulat că mediul trebuie să furnizeze 100% din adaptarea de tip fizic dacă dorim să se inițieze o creștere sănătoasă și ca centrul de greutate al ființării să tindă să se îndepărteze de mediul înconjurător către centrul în care se află fătul. Din punct de vedere fizic, mama preia aspectul care ține de mediu din aranjamentul total.

S-a încercat descrierea factorului reprezentat de mediu în funcție de diversele stadii ale dezvoltării emoționale. Totuși, pentru o completă înțelegere, trebuie să ne reamintim că *stadiile timpurii nu sunt niciodată cu adevărat abandonate*, astfel încât, într-un studiu al individului de orice vârstă vom întâlni toate tipurile de cerințe adresate mediului, atât cele primitive, cât și mai tardive; iar în îngrijirea copilului, ca și în psihoterapie, este necesar tot timpul să fim atenți la vârsta emoțională *din momentul respectiv*, pentru ca să poată fi furnizat mediul emoțional potrivit.

Atunci când observăm dezvoltarea emoțională a bebelușului în aceste stadii foarte timpurii, vedem cât de precare sunt lucrurile. Din fericire, cea mai mare parte a îngrijirii asigurate de mediu este în termeni fizici; la început, este instinctuală, iar orientarea specializată a mamei face probabil ca lucrurile importante să se întâmple cu totul în afara înțelegerii și cunoașterii, exceptând cazul în care mama este bolnavă. Trebuie observat totuși că o *reîntoarcere la un stadiu mai timpuriu de dependență* înseamnă durere și un sentiment de precaritate ce ține de dependență. Probabil această trăsătură nu aparține dezvoltării originare care se desfășoară normal. În cazul unei boli sau în cursul psihoterapiei poate apărea regresie, iar regresia la stări infantile poate avea o calitate tămăduitoare, dacă suferința foarte intensă asociată cu dependența trăită regresiv poate fi tolerată. Neîndemânarea psihoterapeutului, comparat cu mama, face de neconceput ca regresia la dependență, chiar și în cadrul unui tratament atent controlat, să fie plăcută.

Ideea unei perioade minunate în uter (sentimentul oceanic etc.) este o organizare complexă a negării dependenței. Orice plăcere care apare o dată cu regresia aparține ideii de mediu perfect și comparativ cu aceasta trebuie cântărită ideea, la fel de reală pentru adultul sau copilul regresat, unui mediu atât de rău, încât nu poate fi nici o speranță a unei existențe personale.

Maladiile psihosomatice reconsiderate

Teoriea maladiilor psihosomatice poate fi acum revizuită. În studiul maladiilor psihosomatice trebuie să păstrăm în minte tot ce se cunoaște despre dezvoltarea emoțională a individului și să deducem relația dintre elementele fizice și cele psihologice pas cu pas. Cel mai bine pot să descriu acest proces oferind câteva exemple.

ASTMUL (a) În anumite cazuri de astm există factori biochimici implicați, a căror funcționare este obscură¹, iar cuvântul „alergie” nu ne ajută mai mult, decât în măsura în care sugerează că ar exista o sensibilitate a individului la anumite proteine. În unele cazuri s-ar părea că latura somatică a sindromului este cea mai importantă, cel puțin în stadiile inițiale. Dacă s-ar accepta că în aceste cazuri cauza este una fizică, atunci s-ar suprapune rapid un strat secundar psihologic, care este variabil în funcție de individ. Nu este posibil să ai astm fără să fii afectat de faptul că îl ai sau că ești predispus să-l ai.

(b) Diverse studii au arătat că astmul este asociat cu un anumit factor din mediu. De obicei se susține că grija maternă exagerată predispune la astm, ca și la multe alte tipuri de simptome. Dacă aceste investigații sunt corecte, atunci există

¹ În prezent, mecanismele fiziopatologice ale astmului sunt mult mai bine documentate. (N. t.)

ceva important de spus despre teorie, și anume că factorul advers extern continuu nu este neapărat cauza originară; iar cauza originară poate fi sau nu grija maternă exagerată într-o anumită perioadă timpurie importantă. În orice caz, o înțelegere completă a astmului în care există un factor advers extern puternic necesită înțelegerea impactului asupra fiecărui copil al inconștientului refulat care stă la baza compulsiiei materne către o grijă exagerată. Acesta sigur este variabil. În privința copilului văzut ca persoană întreagă, implicată în relații interpersonale, uneori astmul este foarte clar legat de faze de tensiune crescută, cum ar fi nașterea unui bebeluș sau episoade în care pe umerii copilului este plasată o greutate emoțională căreia acesta nu îi poate face față în acel moment, și în urma cărora un alt copil poate ar fi dezvoltat enurezis sau o altă manifestare a stresului; motivul pentru care se dezvoltă astmul este asociat cu factori mai profunzi, dintre care unii sunt cunoscuți, iar alții nu.

Analiza unui copil cu astm, dacă analistul se menține la nivelul relațiilor interpersonale și al conflictului dintre iubire și ură, dezvăluie multe lucruri valoroase. Copilul capătă o înțelegere a ceea ce i se întâmplă și devine capabil să suporte astmul sau chiar să îl evite, adoptând anumite proceduri. Cu toate acestea, analiza unui astmatic care se menține la aceste niveluri poate avea succes sau nu în privința simptomelor astmului, deși ea poate reuși bine în capacitarea copilului de a-și dezvolta atât caracterul și personalitatea, cât și o libertate generală a relațiilor. Analiza la acest nivel nu dezvăluie niciodată natura astmului însuși. Într-un tratament care ia în considerare momentul special din dezvoltarea relației dintre bebeluș și mamă care a fost numit „poziția depresivă în dezvoltarea emoțională” este aruncată mult mai multă lumină asupra înțelesului astmului pentru copil. Pot exista sisteme fantasmatic bogate despre înăuntrul pieptului și tot felul de variațiuni pe tema pieptului simbolizând burta sau a pieptului ca alternativă la burtă sau la interiorul general al psihicului care a devenit o unitate. Gestionarea violentelor bătălii interne și controlul forțelor binelui și răului din cadrul sinelui — acestea și

toate celelalte fenomene care contribuie la anxietatea ipohondriacă sunt descoperite și sunt importante pentru copil atunci când sunt conștiente în loc să fie inaccesibile, și sunt importante și pentru noi în încercarea noastră de înțelegere.

Totuși încă nu există nici un indiciu cu privire la natura astmului. În analiza în care există o regresie până la o dependență mai mare, și în situația analitică și în relația de transfer, pacientul este infantil în anumite momente sau de-a lungul anumitor faze. Există o abordare mai îndeaproape a naturii reale a astmului însuși, deși trebuie să admitem că încă rămân multe de înțeles. Starea infantilă aduce o dată cu ea o alinare a problemelor respiratorii asociate cu începutul perioadei de după naștere și chiar cu procesul nașterii. Apar amintiri corporale de o foarte mare importanță, iar în ședințele de tratament sunt descoperite tulburări fizice ale aparatului respirator care nu fuseseră accesibile anterior ca material mnezic nici chiar în vise. Totuși indiciul pentru astm încă lipsește, de vreme ce aceste amintiri corporale ale tulburărilor respiratorii nu duc neapărat la astm, ele putând fi asociate în schimb cu o predispoziție către bronșită și cu tot felul de alte tulburări respiratorii și senzații de sufocare etc. Abia când tratamentul atinge stadiile foarte timpurii din dezvoltarea emoțională a individului, astmul pare să înceapă să-și găsească locul, ca de exemplu când pacientul este preocupat cu stabilirea unui sine adevărat ca loc din care să trăiască și cu instalarea acestui sine adevărat în trup. Aici devine rezonabilă legătura filologică între cuvântul „suflet” și cuvântul „respirație”. Mișcarea de du-te-vino a respirației este resimțită ca intolerabilă în cazul anumitor anxietăți asociate cu salvarea sinelui adevărat și probabil ascuns, și prin țipăt, ca și prin astm, se poate exprima conflictul dintre nevoia de o intrare și o ieșire libere și anxietatea cu privire la lipsa de control asupra a ceea ce intră sau iese din proaspăt stabilita unitate psihică. Legătura bine cunoscută dintre eczema infantilă și astm nu este înțeleasă în termeni psihologici, și până va fi înțeleasă trebuie acceptate argumentele în favoarea unui fundament fizic comun pentru cele două sindroame.

În această scurtă trecere în revistă a astmului, am încercat mai mult să ilustrez folosirea psihologiei diverselor tipuri, decât să fac o descriere completă a subiectului psihologiei astmului.

ULCERUL GASTRIC

Dacă examinăm subiectul ulcerului gastric, putem folosi din nou același sistem. Nu este nevoie să discutăm cauzele pur fizice ale ulcerului gastric. În termenii mediului, poate fi demonstrat că într-o proporție semnificativă din cazurile de ulcer gastric sunt prezente condiții ducând la un stres emoțional continuu. În unele dintre aceste cazuri, îndepărtarea factorilor externi adversi reprezintă o parte importantă a tratamentului fizic, iar tratamentul trebuie să fie fizic deoarece există o leziune fizică și periculoasă. În cadrul tratamentului prin internare și, de exemplu, regim doar cu lapte, oferit în cantități mici și frecvente, trebuie reamintit că există și o separare a pacientului de mediul familial și o justificare pentru eliberarea de anxietățile asociate cu munca. Dacă aceste anxietăți nu sunt abordate printr-o gestionare potrivită, tratamentul prin mijloace fizice este predispus la eșec; încrederea pacientului în medic și asistente este de o importanță supremă ca parte din gestionare și în îndepărtarea factorilor emoționali adversi continui care aparțin vieții pacientului. În mod secundar, tratamentul trebuie să implice o întrerupere a posibilității diverselor beneficii secundare care, bineînțeles, au o cauză psihologică.

În termeni de relații interpersonale între persoane întregi, există multe de aflat dacă se întreprinde o cercetare. Este accesibilă toată gama fantasmelor și viselor și investigarea relevă diverse identificări încrucișate. O analiză la acest nivel a unui pacient poate calma anxietățile și îl poate face pe pacient capabil să facă față factorilor de mediu, ușurându-i nevoia de a alina experiențe timpurii nefericite care fuseseră uitate. În aceste cazuri, o analiză în termenii poziției depresive dezvăluie multe, mai ales o dispoziție defensivă de tip cronic cu o depresie ascunsă la bază. Aceasta este numită agitație anxioasă comună în copilărie sau hipomanie, iar în teoria psihanalizei

tică, agitația este privită ca apărare maniacială împotriva depresiei; o hiperactivitate constantă și acumularea excitației conduc la modificări fiziologice care pot afecta cu ușurință diverse elemente precum aciditatea conținutului gastric. De asemenea, pot reprezenta și o sursă pentru anumite beneficii secundare compulsive și tulburări minore, cum ar fi mâncatul pe fugă sau alegerea incorectă a mâncării. Nu un factor izolat duce la ulcer gastric, ci acțiunea mai multora de-a lungul unei anumite perioade de timp. Analiza unui pacient de acest tip diferă în funcție de prezența propriu-zisă a ulcerului sau doar a existenței condițiilor care ar putea duce cu ușurință la formarea unei ulceratii cronice. În primul caz, ulcerului îi va fi conferită o semnificație de către pacient în funcție de fantasmele disponibile cu privire la fenomenele lumii interioare. Într-un anumit număr de cazuri, la baza bolii se va descoperi depresia care duce la dispoziția hipomaniacală, în pofida faptului că datorită analizei s-a obținut o mare alinare în termenii conflictului între iubire și ură și relațiilor interpersonale și anxietăților inerente complexului oedipian. Nu există nici un motiv particular pentru a ne aștepta ca analiza aspectelor mai primitive să contribuie la înțelegerea sau tratamentul ulcerului gastric, deși, bineînțeles, în fiecare caz în parte se poate descoperi că există o boală psihotică la bază.

Există totuși un aspect legat de tulburările psihosomatice de care trebuie să ne reamintim mereu, și acesta este că partea fizică a bolii ancorează boala psihologică în corp. Acest lucru are o importanță deosebită ca apărare împotriva unei refugierii în domeniul pur intelectual, adică împotriva unei pierderi a semnificației continuumului *psyche-soma* în individ. În acest fel, fenomenele foarte timpurii care au fost descrise sub denumirea de „primitive” pot deveni importante în studiul oricărui caz de tulburare psihosomatică, inclusiv ulcerul gastric.

Se va observa că un studiu al factorilor externi curenți poate avea rezultate semnificative statistic, dar poate induce mult în eroare.

Apendice

REZUMAT I

August 1954

INTRODUCERE

I.

Examinarea copilului.

Corp, psihic, minte.

Sănătate: sănătatea imperfectă.

Interrelații între maladiile somatice și tulburările psihologice.

Domeniul psihosomatic (preliminar).

II.

Dezvoltarea emoțională a ființei umane.

A. Relațiile interpersonale.

B. Îngrijorare [*concern*], vinovăție, reparație.

C. Stadiile primitive.

A. Relațiile interpersonale.

Se: Eu: Supraeu:

Sexualitatea infantilă.

Instincte, genitale și pregenitale.

Anxietatea.

Organizarea apărărilor.

Inconștientul refulat.

Conceptul de „sănătate”, în termenii Teoriei Pulsionale.

B. Stadiul de îngrijorare [*concern*].

Poziția depresivă (Klein) în dezvoltarea emoțională.

Tema lumii interioare.

Starea de retragere: legătura cu (preocuparea
(concentrarea

Starea paranoidă și anxietatea ipohondriacă.

Patru tipuri de material psihoterapeutic:

1. Relațiile exterioare; elaborarea imaginară.
2. Interrealțiile lumii interioare.
3. Ramificațiile intelectuale.
4. Fenomenele tranziționale.

Studiul cadrului psihoterapeutic

al stărilor liniștite-excite

al necesităților pre-primitive și primitive.

C. Dezvoltarea emoțională primitivă.

(a) Stabilirea unei relații cu realitatea exterioară (comună).

Prima hrănire teoretică.

Importanța iluziei și stărilor tranziționale.

Sinele fals: aspecte normale și anormale
sinele care îngrijește
persona (cf. Jung).

(b) Integrarea. Atingerea statutului de unitate.

(c) Instalarea [*dwelling*] psihicului în corp.

(d) Cele mai timpurii stări:

Cea mai timpurie diagramă: aranjamentul mediu-individ.

Experiența nașterii.

Starea primară de ființare.

Haos—ordine apărând din vid.

III.

Evoluția mediului.

- Studiul secvențelor
- (I) Elaborarea imaginară a funcțiilor.
Fantasma.
Realitatea interioară.
 - (II) Realitatea interioară;
Visul; Memoria; arta creativă;
Fantasma; joaca; munca;
Fantasmarea.

Dezvoltarea temei pediatriei psihosomatice.

- Relațiile cu
- (1) funcționarea normală;
 - (2) nevroza;
 - (3) tulburările de dispoziție;
 - (4) psihozele.

Fenomene și obiecte tranziționale.

IV.

Comportamentul antisocial.

Delincvența din perspectiva eșecului mediului.

Copilul cu carențe afective.

V.

Latența.

Prepubertatea.

Adolescența.

Maturitatea.

INTRODUCERE

Studiul naturii umane.

PARTEA I.

I.

Examinarea copilului.

Corp, psihic, minte.

Continuumul *psyche-some* și mintea.

Sănătatea imperfectă.

Interrelații între maladiile somatice

și tulburările psihologice.

Domeniul psihosomatic.

II.

Dezvoltarea emoțională a ființei umane.

Planul: (mergând înapoi)

Relațiile interpersonale.

Stabilirea unității personale.

Sarcinile principale.

Întrețeserea cu sechelele dependenței.

PARTEA a II-a

Introducere.

Stabilirea statutului de unitate.

Consecințe: îngrijorare [*concern*],
vinovăție,
realitatea psihică
personală internă.

Poziția
depresivă: refularea în termenii
depresiei.

Bogăția
interioară → un nou concept.

Tema lumii interioare.

Modul de viață paranoid.

Depresia ca tulburare de dispoziție.
Apărarea maniacială — mania.

Diverse tipuri de material psihoterapeutic.
Anxietatea ipohondriacă.

PARTEA a III-a

Teoria Eului.

Relația cu realitatea exterioară:

Joacă

Creativitate

Integrarea.

Instalarea [*indwelling*].

Mediul.

Postfață

de Ioana Lazăr

Natura umană este poate una dintre cele mai reprezentative cărți apărute sub numele lui D.W. Winnicott. Editată postum, circumscrie majoritatea ideilor sale definitorii. El începe prin a recunoaște limitarea personală a descrierii naturii umane, care este infinită în esență. Dar în condițiile în care orice pretenție de obiectivitate se supune intrinsec limitelor personale ale individului care avansează structura „obiectivă”, este util să ne familiarizăm cu fiecare perspectivă cunoscută asupra naturii umane. Și, pornind de la această realitate a limitării personale, Winnicott începe prin a-și descrie propriul parcurs: formarea, experiența, problemele personale — și poate că cel mai mult spune despre el faptul că a considerat oferirea de sfaturi părinților ca fiind cea mai dificilă acțiune: nu psihoterapia cu copii mici, nu psihanaliza cu adulți psihotici, ci întâlnirea față în față cu niște părinți ajunși în situație de eșec, totuși îndeajuns de buni încât să caute ajutor, trecând peste barierele narcisice — ce și cum să le spui pentru a-i ajuta fără a le afecta capacitatea naturală de a funcționa spontan și autentic în continuare.

În condițiile în care sănătatea transcende simpla stare de lipsă a bolilor, care devine doar punctul de plecare pentru sănătatea propriu-zisă, Winnicott avertizează asupra pericolelor psihologiei aplicate, și anume limitarea la aspectele superficiale ale psihologiei infantile sau falsa încadrare a entităților

nosologice între niște limite prea rigide pentru a da seama de dinamica acestora. Alt aspect asupra căruia atrage atenția este limitarea psihoterapiei de către ereditate — limitare care apare cel mai evident tocmai în psihanaliza oamenilor sănătoși. El susține că psihanaliza ar trebui să se îndeplinească cu psihosomatica, psihiatria și medicina generală, dat fiind că în studiul fiziologiei excitației celulare și somatice nu se poate să nu se ia în considerare realitatea psihică a individului respectiv. Accentuează un posibil efect benefic al tulburărilor psihosomatice, care pot apărea în scopul de a contracara fie exacerbarea intelectului, fie stările de depersonalizare.

În afara teoriilor winnicottiene deja bine cunoscute, această carte conține anumite abordări originale asupra unor chestiuni controversate, cum ar fi aceea a sufletului uman, pe care el îl vede ca fiind o proprietate a psihicului constituit prin elaborarea imaginară a funcționării somatice a corpului, și astfel indisolubil legat de acesta. De asemenea, trecerea în revistă pe care o face teoriei pulsionale freudiene ne aduce avantajul de a putea surprinde punctele de apropiere sau de fractură între sistemele de gândire ale celor doi mari psihanalști. În acest context, doresc să precizez că, deși Winnicott pare să pună accentul pe elaborarea imaginară ca marcă a umanului, și nu neapărat pe folosirea unui alt termen pentru „instinct” (pentru a-l deosebi de instinctul animal), s-a preferat folosirea cuvântului „pulsione”, deoarece reprezintă un termen deja împătmănit în peisajul psihanalitic românesc. În această expunere asupra pulsionilor, Winnicott ne oferă explicația sa personală a progresiei pregenital-falic-genital, și anume, pornind de la importanța excitației generalizate în integrare, ajunge la a ne spune că anumite organizări ale excitației devin dominante, iar elaborarea imaginară a tuturor excitațiilor tinde să se efectueze în termenii tipului pulsional dominant. De asemenea, ne împărtășește obiectiile sale în privința stadializării nivelului pregenital: prin prisma progresiei neîndurare-îngrijorare (*ruthlessness-concern*), susține că nu există dovezi care să demonstreze că activitatea bebelușului este inițial erotică, apoi sadică. După aceea constată variabilitatea extremă a sta-

diului anal, ceea ce îl diferențiază de stadiile oral sau genital. Materiile excretate — asupra cărora se pune accentul în acest stadiu — au o preistorie, ceea ce dovedește o complexitate care depășește în mod definitiv un simplu stadiu al creșterii Se-ului. De asemenea, discută într-un chip extrem de captivant prin implicațiile conținute distincția dintre masculin și feminin, al cărei debut este marcat de stadiul intermediar falic, dat fiind că în acest stadiu, băiatul este complet, fantezmele înscriindu-se în aceeași linie cu performanțele, spre deosebire de fată, care nu experimentează această completitudine. În stadiul genital, în care accentul cade mai degrabă pe penetrare și impregnare (spre deosebire de stadiul falic în care erecția este cel mai important lucru, iar pierderea ei ar fi de nesuportat), bărbatul împărtășește din nou un destin comun cu femeia: depinde de ea, de alteritate, pentru sentimentul de completitudine. Deși descrierea genitalității feminine nu se poate efectua în absența invidiei de penis și fantezmei de castrare, totuși această perspectivă asupra dezvoltării pulsionale este mai potrivită pentru masculin decât pentru feminin, sexualitatea feminină fundamentându-se într-o măsură mai mare pe stadiile pregenitale și necesitând într-o măsură mai mare fantezmele infantile despre înăuntrul propriu și al mamei (poziția depresivă). De altfel, Winnicott își precizează într-o notă pe marginea textului intenția de a prezenta o invidie față de feminin la bărbați, echivalentă invidiei de penis. Toată această expunere a diferenței masculin-feminin conturează o continuitate a ființării specială în cadrul feminității, în care femeia există încă din fetiță, iar atmosfera realității interioare pare a păstra o linie comună a frustrării, pe când în cadrul masculinității, dezvoltarea pare să fie oarecum segmentată de fantezmele și trăirile fazei falice. În continuare, Winnicott propune termenul de „complex oedipian inversat” pentru fete, mai degrabă decât „complexul lui Electra”, deoarece lasă subiectul deschis imaginației, doar sugerând că există o altă cale pentru fete decât pentru băieți.

Un alt punct de interes pe care Winnicott îl ia în discuție, din păcate doar într-o notă pe marginea textului, vizează di-

ferența dintre homosexualitatea normală, implicând atingerea stadiului genital, și fixarea într-un stadiu pregenital, cu deplasarea erotismului oral asupra anusului. De altfel, el scrie și în text că, dată fiind sexualitatea inerentă vieții fantasmatică și capacității de identificare a individului, sexualitatea se dezvoltă în funcție de persoana de care se îndrăgostește copilul când ajunge la vârsta relațiilor interpersonale (între pruncie și perioada de latență). Întreaga terminologie a complexului oedipian nu poate fi aplicată de fapt decât în măsura în care există o situație triunghiulară implicând persoane întregi și reale, percepute ca atare de către copil, deci nu atât timp cât a treia persoană este doar obiect parțial. Rezolvarea cu succes a complexului oedipian se face prin intermediul anxietății de castrare, ea fiind cea care-i permite copilului să trăiască în continuare și care îi îngăduie și tatălui să trăiască. Tatăl este introdus și folosit ca prototip de conștiință. Astfel, controlul exercitat de Supraeu nu se întinde doar asupra pulsionilor, ci și asupra fenomenelor complexe ale Eului ce depind de amintirile experiențelor instinctuale și ale fantasmelor legate de acestea, Winnicott observând aici o legătură cu poziția depresivă. De fapt, abia în relația triunghiulară oedipiană ura poate apărea în mod liber, întrucât ceea ce este urât este o persoană întreagă, ce se poate apăra, poate supraviețui, poate pedepsi și ierta; aceasta este ceea ce descătușează și iubirea. Dacă există o dezvoltare sănătoasă, în culmea excitației anxietatea este maximă, dar este tolerată ca atare; un copil care a dezvoltat apărări nevrotice va prezenta o conștientizare scăzută. Orbirea din mitul oedipian simbolizează ideea de „inconștient refulat”. Atenția cu care Winnicott se apleacă asupra elementelor mitului îl apropie de Wilfred R. Bion care, la rândul lui, găsea că Oedip reprezintă și triumful curiozității, simbolizând în acest sens integritatea științifică. Acesta nu este singura apropiere între Winnicott și Bion, ei împărtășind o viziune asupra naturii umane care demonstrează multe puncte comune, căci ambii pleacă în dezvoltarea teoriilor lor de la pozițiile kleinienne paranoïd-schizoidă și depresivă. De exemplu, Bion, în primele sale lucrări despre funcționarea psihotică, susține că Eul nu

se poate retrage niciodată complet din realitate (în replică la diferența pe care o exprimă Freud între nevroză și psihoză: „În prima, Eul, în virtutea supunerii lui la realitate, suprimă un fragment al Se-ului — viața pulsională — pe când în psihoză același Eu se pune în serviciul Seului și se retrage dintr-o parte a realității.”), contactul individului cu realitatea fiind mascat de „fantasme de omnipotență care vizează să distrugă realitatea sau conștientizarea ei și să realizeze o stare care nu este nici viață, nici moarte”. Această descriere conține similitudini cu cea pe care Winnicott o face Sinelui fals, dezvoltat pe baze compliante la o realitate catastrofal de frustrantă, pentru a masca Sinele adevărat și a-i permite subzistența până la o eventuală dată ulterioară când vor fi îndeplinite condițiile pentru o dezvoltare și o viață proprie autentică. În aceeași linie se înscrie și diferența pe care el o vede între tipul nevrotic și cel psihotic: nevroticul tinde către conștientizare, în timp ce psihoticul caută sentimentul de realitate (de autenticitate). Winnicott precizează în continuare și implicațiile acestei diferențe în termenii necesităților pacienților aflați în analiză: partea nevrotică necesită capacitatea de toleranță a analistului, înțelegerea proceselor și exprimarea (prin interpretare) a acestei înțelegeri, în timp ce partea psihotică necesită tolerarea regresiei propriu-zise la dependență. De altfel, una dintre modalitățile de eșec în îngrijirea copilului, în viziunea lui, constă în incapacitatea părinților de a distinge clar între fantasmele copilului și realitate, ajungând să prezinte o idee ca pe un fapt sau să reacționeze la o idee ca și cum ar fi o acțiune, deoarece pot fi mai înspăimântați de idei decât de acțiuni. Capacitatea de a tolera idei, atât de necesară analistului, după cum am văzut, în tratarea cu partea nevrotică a pacientului, este o trăsătură a maturității și parte a maturității sociale, deoarece chiar capacitatea de fantasmare este cea care permite ca exprimarea brută a instinctelor să poată fi inhibată — fantasmarea reprezintă o caracteristică intrinsec umană, materialul de bază al socializării și civilizației. Din nou observăm o similitudine cu funcția reveriei materne descrise de Bion, necesară pentru

crearea în noul individ a acelui spațiu intermediar între percepție și acțiune, spațiul în care se dezvoltă gândirea.

Un alt autor apropiat de Winnicott este Heinz Kohut; modul în care acesta descrie rolul imperfecțiunii inevitabile a obiectelor sinelui arhaice idealizate în constituirea autonomiei individului aflat în dezvoltare, în condițiile în care aceste imperfecțiuni apar la o rată tolerabilă („frustrare optimă”) pentru narcismul acestuia, care să-i permită astfel internalizarea transmutativă a obiectelor sinelui, este similar cu acela în care mama îndeajuns de bună reușește deziluzionarea copilului ei progresiv, ținând cont de competențele acestuia în ceea ce privește capacitatea de tolerare a frustrării. Teoretizarea transferului fuzional al lui Kohut ne reamintește de capacitatea esențială în viziunea lui Winnicott în travaliul cu partea psihotică a pacienților, și anume aceea de a tolera regresia propriu-zisă la stadii foarte arhaice. Diferența între cei doi constă în faptul că Winnicott conceptualizează o distructivitate primară și consideră independența ca reprezentând idealul de dezvoltare. De altfel, într-o notă pe marginea textului *Naturii umane*, Winnicott precizează că motivul pentru care nu a putut să-și publice scrierea constă tocmai în polemica determinată de faptul că el considera că există o distructivitate primară (la un loc cu iubirea primară), și nu doar furie la frustrare, care, în concepția lui, nu ar fi fost destul de timpurie.

La fel ca în toate lucrările lui, și în aceasta Winnicott se dovedește a fi securizant prin recunoașterea faptului că tot ce se spune este doar punctul lui de vedere, fără impuneri, fără reproșuri, fără exigențe... deci fără dezamăgiri; el se dovedește a se număra printre aceia care consideră că orice sistem filosofic se bazează de fapt pe credință, credința proprie a persoanei care-l concepe, respectiv acceptă. Astfel ne lasă, mai mult decât atât, ne invită parcă, să efectuăm același travaliu de sinceritate în sinea noastră și să nu reținem deci decât ce se dovedește a fi „pe sufletul nostru”; și sunt multe cele pe care le putem reține...

Bibliografie

Toate cărțile sunt publicate la Londra, dacă nu se indică altfel.

Abraham, K. (1924) „A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Mental Disorders”, în *Selected Papers on Psycho-Analysis*. Hogarth, 1927.

Aichhorn, A. (1925) *Wayward Youth*. Imago, 1951.

Balint, A. (1931) *The Psycho-Analysis of the Nursery*. Routledge & Kegan Paul, 1953.

Freud, A. (1926-27) *The Psycho-Analytic Treatment of Children*. Imago, 1946.

— (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Hogarth, 1937.

Freud, S. (1900) *The Interpretation of Dreams*, în James Strachey, ed. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 24 vol. Hogarth, 1953-73 vols 4, 5.

— (1905) *Three Essays on the Theory of Sexuality*, S.E. 7.

— (1917) *Mourning and Melancholia*, S. E. 14.

— (1923) *The Ego and the Id*, S.E. 19.

— (1926) *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, S.E. 20.

— (1931) *Female Sexuality*, S. E. 21.

Glover, E. (1932) *On the Early Development of the Mind*. Imago, 1956.

Gorer, G. and Rickman, J. (1949) *The People of Great Russia: A Psychological Study*. Cresset.

Guthrie, L.G. (1907) *Functional Nervous Disorders in Childhood*. Oxford University Medical Publications.

Henderson, D.K. și Gillespie, R.D. (1940) *A Textbook of Psychiatry for Students and Practitioners*, ed. a V-a. Oxford University Medical Publications.

Jackson, L. (1954) *Aggression and Its Interpretation*. Methuen.

- Jones, E. (1927) „The Early Development of Female Sexuality“, in *Papers on Psycho-Analysis*, ed. a V-a. Bailliere, Tindall & Cox, 1948.
- Klein, M. (1923) *The Psycho-Analysis of Children*, in *Collected Works*, vol. II. Hogarth, 1975.
- (1934) „A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States“, in *Collected Works*, vol. I.
- Middlemore, M. (1941) *The Nursing Couple*. Hamish Hamilton, 1941.
- Money-Kyrle, R.E. (1951) *Psycho-Analysis and Politics: A Contribution to the Psychology of Politics and Morals*. Duckworth, 1951.
- Ophuijsen, J.H.W. van (1920) „On the Origin of the Feeling of Persecution“, in *Int. J. Psycho-Anal.* I.
- Rivière, J. (ed.) (1952) *Developments in Psycho-Analysis*. Hogarth, 1952.
- Rosen, J. (1953) *Direct Analysis: Selected Papers*. New York: Grune & Stratton, 1953.
- Spence, J. (1946) „The Care of Children in Hospitals“, in *The Purpose and Practice of Medicine*. Oxford University Press, 1960.
- Spitz, R.A. (1945) „Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood“, in *Psycho-Analytic Study of the Child*, I.
- Winnicott, D.W. (1945) „Primitive Emotional Development“, in *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Hogarth, 1975.
- (1949) „Mind and its Relation to the Psyche-Soma“, in *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Hogarth, 1975.
- (1949) „Weaning“, in *The Child, the Family and the Outside World*. Harmondsworth: Penguin, 1964.
- (1950) „Some Thoughts on the Meaning of the Word «Democracy»“ in *Home Is Where We Start From*. Harmondsworth: Penguin, 1986.
- (1968) „The Use of an Object and Relating Through Identifications“, in *Playing and Reality*. Harmondsworth: Penguin, 1980.